



ASSISTÊNCIA DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE NO SUS

Este projeto é uma parceria do CONASS com o Ministério da Saúde







CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

volume **9** ASSISTÊNCIA DE MÉDIA
E ALTA COMPLEXIDADE NO SUS

COLEÇÃO PROGESTORES | PARA ENTENDER A GESTÃO DO SUS
Brasília, 2007 - 1ª edição





Copyright 2007 – 1ª Edição – Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS

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

A Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS pode ser acessada, na íntegra, na página eletrônica do CONASS, www.conass.org.br.

A Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS faz parte do Programa de Informação e Apoio Técnico às Equipes Gestoras Estaduais do SUS.

Tiragem: 5000

Impresso no Brasil

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2007.

248 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 9)

ISBN 978-85-89545-17-4



1. SUS (BR). 2. Sistema Único de Saúde. I Título.

NLM WA 525

CDD – 20. ed. – 362.1068





EQUIPE DE ELABORAÇÃO

Concepção e Coordenação da Coleção

Regina Helena Arroio Nicoletti

René Santos

Renilson Rehem

Ricardo F. Scotti

Rita de Cássia Bertão Cataneli

Coordenação do Livro

Silvany Portas

Elaboração

José Dínio Vaz Mendes

Márcia Huçulak

Rosana Tamelini

Silvany Portas

Revisão

Ana Paula Vilela

Projeto gráfico

Fernanda Goulart

Edição

Adriane Cruz

Aquarela capa

Vanessa Pinheiro

Mário Azevedo





DIRETORIA do CONASS - 2006/2007

Presidente

Jurandi Frutuoso Silva

Vice-presidente Região Norte

Fernando Agostinho Cruz Dourado

Vice-presidente Região Nordeste

José Antônio Rodrigues Alves

Vice-presidente Região Centro-Oeste

Augustinho Moro

Vice-presidente Região Sudeste

Luiz Roberto Barradas Barata

Vice-presidente Região Sul

Cláudio Murilo Xavier



SECRETÁRIOS ESTADUAIS DE SAÚDE

- AC** - Suely de Souza Mello da Costa
- AL** - André Valente
- AP** - Abelardo da Silva Vaz
- AM** - Wilson Duarte Alecrim
- BA** - Jorge José Santos Pereira Solla
- CE** - João Ananias Vasconcelos Neto
- DF** - José Geraldo Maciel
- ES** - Anselmo Tose
- GO** - Cairo Alberto de Freitas
- MA** - Edmundo da Costa Gomes
- MT** - Augustinho Moro
- MS** - Beatriz Figueiredo Dobashi
- MG** - Marcus Vinícius Caetano Pestana da Silva
- PA** - Halmélio Alves Sobral Neto
- PB** - Geraldo de Almeida Cunha Filho
- PR** - Cláudio Murilo Xavier
- PE** - Jorge Gomes
- PI** - Tatiana Vieira Souza Chaves
- RJ** - Sérgio Luis Côrtes
- RN** - Adelfaro Cavalcanti Cunha Júnior
- RS** - Osmar Terra
- RO** - Milton Luiz Moreira
- RR** - Eugênia Glaucy Moura Ferreira
- SC** - Luiz Eduardo Cherem
- SP** - Luiz Roberto Barradas Barata
- SE** - Rogério Carvalho
- TO** - Eugênio Pacceli de Freitas Coelho



SECRETARIA EXECUTIVA DO CONASS

Secretário Executivo

Jurandi Frutuoso Silva

Coordenadores

Regina Helena Arroio Nicoletti

Ricardo F. Scotti

René Santos

Rita de Cássia Bertão Cataneli

Assessores Técnicos

Adriane Cruz, Déa Carvalho, Eliana Dourado, Gisele Bahia, Júlio Müller, Lívia Costa da Silveira, Lore Lamb, Luciana Tôledo Lopes, Márcia Huçulak, Maria José Evangelista, Maria Luísa Campolina Ferreira, Ricardo Rossi, **Rodrigo Fagundes Souza** e Viviane Rocha de Luiz.

Assessora de Comunicação Social

Vanessa Pinheiro

SUMÁRIO

Apresentação 11

Introdução 12

1 Conceitos gerais sobre assistência de média e alta complexidade no Sistema Único de Saúde (SUS) 14

1.1 A integralidade da assistência à saúde no SUS 14

1.2 A relação entre atenção básica e atenção em média e alta complexidade 15

1.3 A importância da produção de média e alta complexidade no SUS 21

1.4 O papel das esferas de governo na atenção de média e alta complexidade em saúde no SUS 24

2 Aspectos gerais, normas e procedimentos comuns para o planejamento, contratação e acompanhamento da assistência de saúde de média e alta complexidade no Sistema Único de Saúde (SUS) 34

2.1 Levantamento de necessidades na assistência em saúde de média e alta complexidade 34

2.2 Diagnóstico da situação da rede assistencial de média e alta complexidade 38

2.3 Fluxo geral de credenciamento/habilitação dos serviços de saúde de média e alta complexidade para prestação de serviços no SUS 41

2.4 Financiamento dos serviços de saúde de média e alta complexidade para prestação de serviços no SUS 45

2.5 Avaliação, controle e auditoria dos serviços do SUS 49

2.6 Sistemas de informação do SUS 50

3 Componentes de atenção de média e alta complexidade nas políticas nacionais de saúde 60

3.1 Política Nacional de Atenção Cardiovascular 62

3.2 Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva 69

3.3	Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal	75
3.4	Política Nacional de Procedimentos Eletivos de Média Complexidade	85
3.5	Política Nacional de Atenção Oncológica	88
3.6	Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência	96
3.7	Política Nacional de Saúde Bucal	104
3.8	Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumatologia-ortopedia	111
3.9	Política Nacional de Atenção às Urgências	119
3.10	Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica	129
3.11	Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte	137
3.12	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa	141
3.13	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher	146

4	Outras áreas de atenção de média e alta complexidade	156
4.1.	Assistência em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI)	157
4.2	Redes estaduais de assistência a queimados	163
4.3	Assistência de alta complexidade ao portador de obesidade grave	167
4.4	Assistência de alta complexidade em terapia nutricional	172
4.5	Programa Nacional de Triagem Neonatal	177
4.6	Sistema Nacional de Transplante	183
4.7	Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos	190
4.8	Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais de Ensino Públicos e Privados no Sistema Único de Saúde	193
4.9	Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde	197
4.10	Área de Saúde da Criança	201
4.11	Saúde do Trabalhador	203
4.12	Programa de Assistência Ventilatória não Invasiva	203
4.13	Rede de assistência em oftalmologia	204
4.14	Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário	206
4.15	Assistência ao portador de lesão lábio-palatal ou crânio-facial	207

Referências bibliográficas 209

Principais Portarias e Outras Normas por Assunto 211

APRESENTAÇÃO



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

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

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

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

Jurandi Frutuoso Silva
Presidente do CONASS

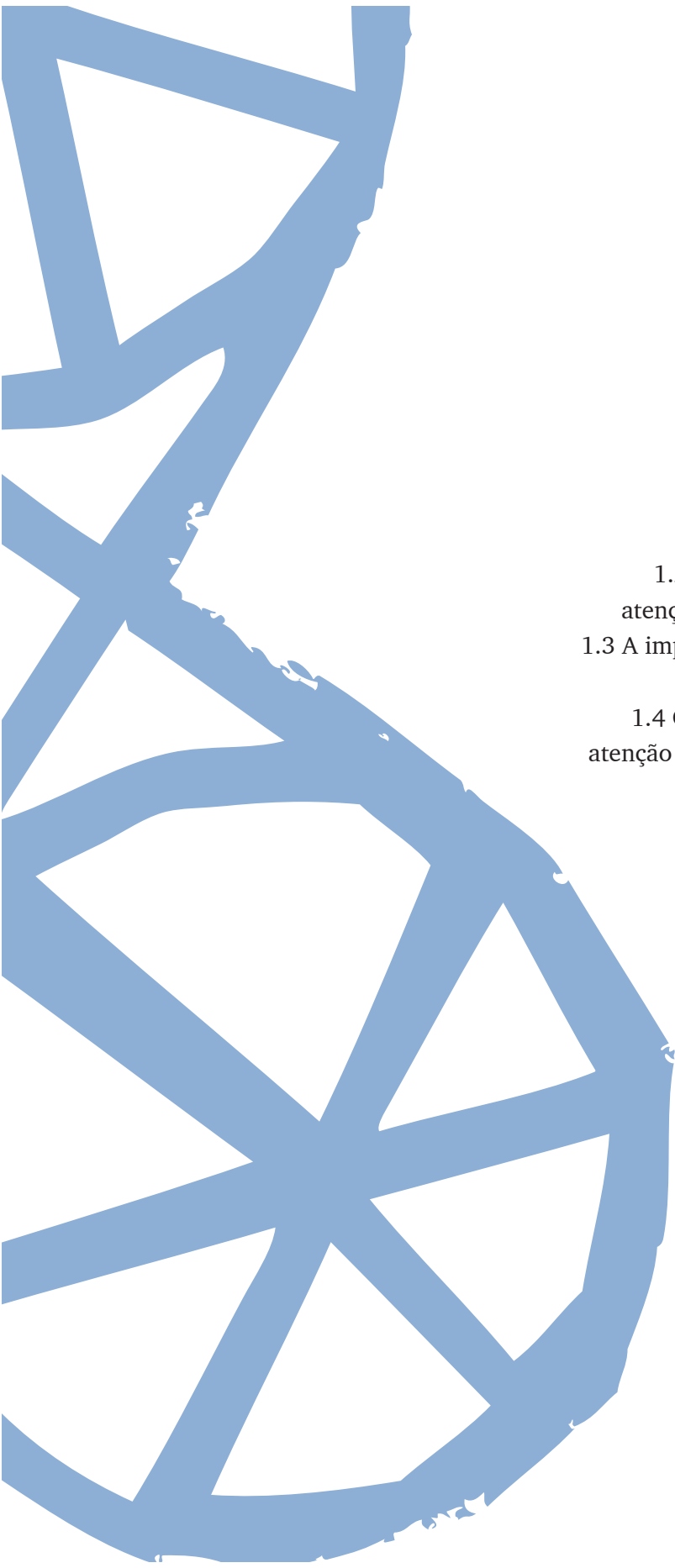
INTRODUÇÃO

O presente texto faz parte da Coleção *Para entender a gestão do SUS*, editada pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e destinada, principalmente, a subsidiar os novos Secretários Estaduais de Saúde, que assumem seus cargos em 2007, dando a conhecer os principais aspectos sobre a organização da assistência em saúde de média e alta complexidade no Sistema Único de Saúde (SUS), com destaque especial para as normas atualmente vigentes no sistema.

Assim, este trabalho pretende ser sintético e direto, com ênfase em informações, de caráter prático e operacional, que auxiliem os gestores a aperfeiçoarem a rede de prestação de serviços de média e alta complexidade para a população de seus respectivos estados, evitando-se análises teóricas e conceituais sobre questões assistenciais do SUS, a não ser quando estritamente necessárias para o entendimento do assunto aqui tratado.

De certa forma, apresenta-se como a linha de base normativa da organização dos serviços de saúde de média e alta complexidade no SUS, antes da efetivação dos novos processos de pactuação, em discussão pelos gestores do SUS, a partir da publicação da Portaria GM/MS n. 399/2006, que divulga o Pacto pela Saúde 2006.

A base principal para a elaboração dos diferentes capítulos deste livro são as normas nacionais sobre o assunto, editadas pelo Ministério da Saúde, acrescidas de outras fontes de informações, que, porventura, colaborem para o entendimento e desenvolvimento do tema tratado, apontando-se sempre os locais para sua fácil acessibilidade (em especial, os *sites* correspondentes da internet).



1

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

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



1.1 A integralidade da assistência à saúde no SUS

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

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

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



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

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

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

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

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





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

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

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

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

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

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

Por tecnologia de baixa densidade, fica subentendido que a atenção básica inclui um rol de procedimentos mais simples e baratos, capazes de atender à maior parte dos problemas comuns de saúde da comunidade, embora sua organização, seu desenvolvimento e sua aplicação possam demandar estudos de alta complexidade teórica e profundo conhecimento empírico da realidade.

De fato, na mesma portaria, quando é descrita a infra-estrutura necessária para a atenção básica, destaca-se a unidade básica de saúde, com ou sem saúde da família, com equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, cirurgião-



dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, entre outros.

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

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

Por outro lado, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde (MS) define média e alta complexidade em saúde, em seu *site* na internet (<http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/default.cfm>), conforme se segue.

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

No material de apoio conhecido como O SUS de A a Z, fornecido pelo Ministério da Saúde no *site* do Departamento de Atenção Básica (DAB) (<http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/>) e construída conjuntamente pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), temos, em acréscimo a esta definição, uma relação dos grupos que compõem os procedimentos de média complexidade do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA):

- procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros profissionais de nível superior e nível médio;
- cirurgias ambulatoriais especializadas;
- procedimentos traumato-ortopédico;
- ações especializadas em odontologia;

- patologia clínica;
- anatomopatologia e citopatologia;
- radiodiagnóstico;
- exames ultra-sonográficos;
- diagnose;
- fisioterapia;
- terapias especializadas;
- próteses e órteses;
- anestesia.

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

Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade).

Principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, organizadas em redes são:

- assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise);
- assistência ao paciente oncológico;
- cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica;
- procedimentos da cardiologia intervencionista;
- procedimentos endovasculares extracardíacos;
- laboratório de eletrofisiologia;
- assistência em traumatologia-ortopedia;
- procedimentos de neurocirurgia;
- assistência em otologia;
- cirurgia de implante coclear;
- cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical;
- cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático;
- procedimentos em fissuras lábio-palatais;
- reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático;
- procedimentos para a avaliação e o tratamento dos transtornos respiratórios do sono;
- assistência aos pacientes portadores de queimaduras;
- assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica);
- cirurgia reprodutiva;
- genética clínica;

- terapia nutricional;
- distrofia muscular progressiva;
- osteogênese imperfecta;
- fibrose cística e reprodução assistida.

Os procedimentos da alta complexidade encontram-se relacionados na tabela do SUS, em sua maioria no Sistema de Informação Hospitalar, e estão também no Sistema de Informações Ambulatoriais em pequena quantidade, mas com impacto financeiro extremamente alto, como é o caso dos procedimentos de diálise, quimioterapia, radioterapia e hemoterapia. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, SUS de A a Z, 2005)

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

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

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

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



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

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

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

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



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

No ano de 2005, as transferências de recursos federais do SUS para média e alta complexidade no Brasil representaram R\$ 12,82 bilhões, o dobro das transferências para atenção básica (R\$ 6,07 bilhões), conforme podemos observar nos dados do Departamento de Informática do SUS (Datasus), do Ministério da Saúde, no item de Informações Financeiras, Recursos Federais do SUS, disponíveis na internet (<http://w3.Datasus.gov.br/Datasus/Datasus.php>).

Quando se analisa a produção de procedimentos especializados ambulatoriais no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), observamos, conforme o quadro I, que a proporção de aumento dos valores nestes procedimentos nos últimos três anos é diferente para os oito grupos de procedimentos que mais consomem recursos ambulatoriais no SUS.

Os valores¹ informados no SIA com procedimentos especializados, médicos e de outros profissionais, consultas, atendimentos de grupo etc. cresceram 35% em apenas três anos, seguidos da quimioterapia que cresceu 32%, e da terapia renal substitutiva, 23%.

O padrão de crescimento observado aponta a grande necessidade de se estudar procedimentos e de se criar mecanismos de regulação entre os gestores do sistema.

Certamente algumas áreas de alta complexidade terão crescimento maior em seus gastos justamente porque eram mais desassistidas antes da implantação do SUS e, com o aumento de cobertura em atenção básica, passam a ser mais necessárias (por exemplo, o aumento de detecção de câncer ocasiona aumento de quimioterapias e radioterapias).

¹ Os valores informados no SIA não representam os gastos federais, pois existem diferentes formas de pagamento desses procedimentos.

Mas considerando-se a importância desses montantes para o sistema e a influência das indústrias farmacêuticas e de equipamentos médicos, torna-se fundamental que os gestores entendam por que certas áreas estão crescendo e se este crescimento está se dando com eficiência e benefícios para a população.

Quadro I

GRUPOS DE PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS E DE ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAIS COM MAIORES VALORES APROVADOS POR ANO NO SUS – BRASIL, EM 2003 E 2005

(milhões/R\$)

GRUPOS	2003	2005	VARIAÇÃO % 03-05
Procedimentos Especializados de Profis. Médicos e Outros de Nível Sup./Méd.	1.049,51	1.420,74	35,4
Patologia Clínica	1.098,35	1.304,19	18,7
Terapia Renal Substitutiva	938,17	1.156,03	23,2
Quimioterapia	651,05	857,34	31,7
Radiodiagnóstico	366,33	436,42	19,1
Hemoterapia	332,91	368,76	10,8
Cirurgias Ambulatoriais Especiais	295,12	324,76	10,0

Fonte: SIA/SUS/Datasus/MS.

O medicamento de dispensação excepcional que também faz parte dos grupos de procedimentos especializados e de alta complexidade ambulatorial com maiores valores aprovados por ano no SUS, em 2003 e 2005, será analisado no livro que trata da assistência farmacêutica.

Com relação às internações do SUS, podemos observar também um crescimento dos valores gastos no sistema, que passou de R\$ 5,86 bilhões em 2003 para R\$ 6,96 bilhões em 2005 (18,7% de aumento).

Como o número total de internações não cresceu no Brasil entre 2003 e 2005 (exceto para a especialidade cirúrgica e, mesmo assim, em pequena quantidade, cerca de 100 mil a mais nos três anos), nota-se que o crescimento das despesas se deu em função do crescimento do valor médio das internações, 21% no mesmo período, conforme dados do Sistema de Informações Hospitalares (ver quadro II).

Quadro II

NÚMERO DE INTERNAÇÕES, VALOR ANUAL E VALOR MÉDIO (VM) DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH), POR TIPO NO SUS – BRASIL, EM 2003 E 2005

Tipo de Internação	Internações SUS 2003			Internações SUS 2005			Var. % do VM 03 - 05
	N.º (mil)	Valor (milhão R\$)	VM AIH (R\$)	N.º (mil)	Valor (milhão R\$)	VM AIH (R\$)	
Clín. Médica	3.973,7	1.324,5	333,2	3.809,3	1.576,3	413,6	24,1
Clín. Cirúrgica	2.941,2	2.512,6	854,3	3.040,3	2.997,0	985,8	15,4
Obstetrícia	2.630,9	740,1	281,3	2.614,0	953,3	364,7	29,6
Pediatria	1.716,4	654,8	381,5	1.628,6	796,6	489,1	28,2
Todas as demais	375,9	629,6	757,5	336,9	633,5	822,2	9,0
Total	11.638,2	5.861,7	484,6	11.429,1	6.956,8	586,5	21,0

Fonte: SIH/SUS/Datasus/MS.

De fato, embora o total de internações no Brasil, entre 2003 e 2005, não tenha aumentado, houve ampliação de 10% no número de internações de alta complexidade e de 18% nos valores pagos por estas internações (ver Quadro III).

Da mesma forma, as internações de alguns dos procedimentos classificados como estratégicos no Faec, tal como transplantes, apresentaram aumento no número de internações de 46% entre 2003 e 2005, passando de 27,6 mil internações (R\$ 158,4 milhões) para 40,5 mil (R\$ 197,6 milhões, com aumento de 25% nos valores gastos no período considerado).

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

Quadro III

NÚMERO DE INTERNAÇÕES E VALOR ANUAL NOS PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE NO SUS – BRASIL, EM 2003 E 2005

Procedimentos de Alta Complexidade	2003		2005		Var. % Gasto 03 - 05
	N.º (mil)	Valor (R\$ milhão)	N.º (mil)	Valor (R\$ milhão)	
Cardiologia	95,0	603,5	117,5	718,6	19,1
Neurocirurgia	126,2	201,5	128,1	223,1	10,7
Cirurgia oncológica	67,4	116,3	76,8	143,3	23,3
Ortopedia	20,6	55,5	24,6	75,0	35,3
Todas as demais	79,7	56,9	81,9	62,0	18,9
Total	388,9	1.033,6	429,0	1.222,0	18,2

Fonte: SIH/SUS/Datasus/MS.

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

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

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

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



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

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

1.4.1.1 COM RELAÇÃO À DESCENTRALIZAÇÃO

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

E entre as competências das Secretarias Estaduais de Saúde, “promover a descentralização para os municípios dos serviços e das ações de saúde” (Art. 17, Inciso I), ou seja, sempre que possível, de acordo com sua abrangência, os serviços de saúde devem ser municipalizados ou estadualizados. Podemos deduzir, assim, que todos os serviços de saúde de caráter local, isto é, que atendam apenas à população do próprio município, devem ser municipalizados, mesmo que envolvam atendimentos de média e alta complexidade. Por outro lado, os serviços de saúde de referência regional ou estadual (que podem ser subentendidos como aqueles de média ou alta complexidade) estão, a princípio, na abrangência da esfera estadual.

Entretanto, se pactuado entre todos os municípios de sua área de abrangência e a Secretaria Estadual, a gerência e gestão do serviço de referência em média e alta complexidade pode ser repassada ao município em que se localiza ou a consórcios



municipais. Esta última configuração também é prevista na Lei (Art. 10), determinando que os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

Há que se salientar que mais recentemente, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS n. 399/2006, que divulga o Pacto pela Saúde 2006, desenvolve as questões de regionalização e de rede de saúde, com vistas à conformação de um modelo de atenção integrado, que será abordado no item 1.4.3 deste capítulo.

1.4.1.2 COM RELAÇÃO À DIREÇÃO ÚNICA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Este problema foi reconhecido pelo Ministério da Saúde e tornou-se o objetivo principal da Norma Operacional da Assistência a Saúde (NOAS/01), republicada em 2002, que propôs, para o aprimoramento do processo de descentralização, uma

estratégia de regionalização, com elaboração de um Plano Diretor de Regionalização (PDR). Este plano definiu a necessidade do estabelecimento de áreas geográficas (módulos), nos quais se daria o planejamento dos fluxos e pactuações entre os gestores – Programação Pactuada Integrada (PPI), no sentido de organizar efetivamente uma rede hierarquizada e regionalizada.

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

Saliente-se ainda que, antes e após a publicação da NOAS, no que se refere à área de média e alta complexidade, o Ministério da Saúde e seus órgãos responsáveis, como a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), continuaram a publicar inúmeras portarias específicas para regular em especial, cada área assistencial de alta complexidade. Razão pela qual os gestores estaduais e municipais têm apresentado queixas frequentes quanto às dificuldades existentes no entendimento e na operacionalização destes serviços no SUS, razão inclusive, para que o CONASS tenha tomado a iniciativa de realizar o presente livro, que organiza o vasto material normativo existente.

1.4.3 Pacto de Gestão

Mais recentemente, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS n. 399/2006, que divulga o Pacto pela Saúde 2006 e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto, reconhece, na introdução de seu anexo, a existência atual no SUS, de “conteúdos normativos de caráter técnico-processual, tratados, em geral, com detalhamento excessivo e enorme complexidade”.

Sem pretender aqui esgotar a portaria em questão, para a qual se sugere a leitura direta do material, bem como dos textos explicativos já publicados pelo CONASS (livro com normas e notas técnicas explicativas publicadas sobre o tema), facilmente disponíveis para download, em seu *site*, na internet (<http://www.conass.org.br>), seguem alguns aspectos que dizem respeito à assistência de média e alta complexidade.

- O Pacto de Gestão (componente do Pacto pela Saúde) tem como principal objetivo estabelecer as responsabilidades de cada ente federado.
- O Pacto de Gestão reafirma a regionalização como uma diretriz do Sistema Único de Saúde. Desta forma, as Secretarias Estaduais, considerando as premissas propostas no Pacto de Gestão, devem avaliar a constituição das regiões de saúde, dos seus planos diretores de regionalização, com vistas à conformação de um modelo de atenção integrado.
- O Pacto mantém o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI) como principais instrumentos da regionalização.
- O PDR deverá conter os desenhos das redes regionalizadas de atenção em saúde em cada região.
- As redes devem ser pactuadas, com relação a todas as responsabilidades e todas as ações de saúde, que forem necessárias para o atendimento integral da população.
- O que se pretende com o processo de regionalização é melhorar o acesso da população aos serviços de saúde, respeitando-se os conceitos de economia de escala e de qualidade da atenção, de forma a se desenvolver sistemas eficientes e efetivos. E ao construir uma regionalização eficaz, criar as bases territoriais para o desenvolvimento de redes de atenção à saúde.
- O desenho da rede e das regiões será definido pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB), que para tanto deverá definir Colegiados de Gestão Regional.
- O Pacto não propõe nenhum desenho ou modelo padrão de Região de Saúde. Cada CIB deverá estabelecer qual o desenho mais apropriado para garantir o acesso com qualidade às ações e aos serviços de saúde, portanto, a definição do conjunto de ações e serviços a serem desempenhadas em cada região deverá estar de acordo com as necessidades de saúde e da capacidade de oferta da região.

- Além da atenção básica e de parte da média complexidade (municipal), no desenho da região e das redes serão definidas as demais áreas de atenção, levando em conta a economia de escala e a equidade no acesso da população, sempre pactuada na CIB ou nos colegiados regionais.
- O Pacto de Gestão estabeleceu que as ações e os serviços de atenção primária são responsabilidades que devem ser assumidas por todos os municípios. As demais ações e serviços de saúde serão atribuídos de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal.
- Com relação à gestão dos prestadores de serviço, fica mantida o estabelecido na NOAS SUS n. 01/2002. As referências na NOAS SUS n. 01/2002 às condições de gestão de estados e municípios ficam substituídas pelas situações pactuadas no respectivo termo de compromisso de gestão.
- Os estados e municípios são considerados gestores de saúde e o que diferencia o gestor, a partir da publicação do pacto, são as responsabilidades definidas nas respectivas CIB. A gestão dos prestadores deixa de ser uma prerrogativa do gestor municipal ou estadual, como era no processo anterior, conforme a condição de habilitação. Assim, pode-se ter situação que o estado fica com a gestão dos prestadores de alta complexidade e de parte da média complexidade, se assim for a compreensão dos gestores para determinado estado.
- São fixados cinco blocos de financiamento federal, um dos quais é o de financiamento das ações de média e alta complexidade.
- O bloco citado é composto de dois componentes: o componente limite financeiro da média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar e o componente Fundo de Ações e Estratégias e Compensação (Faec).
- A divisão reduzirá o conjunto de procedimentos que integram atualmente o Faec, incorporando gradativamente os recursos correspondentes aos tetos do MAC dos estados e municípios.
- A responsabilidade, com relação à regulação, no que se trata das referências intermunicipais (que acabam abrangendo parte dos procedimentos de média e praticamente toda a alta complexidade), é do gestor estadual, inclusive quanto ao desenho das redes.
- Os complexos reguladores devem ter a sua operação pactuada na CIB.



Portanto, em linhas gerais, podemos dizer que o avanço do processo de efetivação do Pacto pela Saúde deve clarear gradativamente as competências dos gestores e estabelecer a participação no financiamento das ações e dos serviços de média e alta complexidade no SUS. No desenvolvimento dos pactos, pode ocorrer que as atuais normas que regem as redes de serviços de média e alta complexidade tenham que ser modificadas pela definição de novos protocolos, de prioridades no financiamento, do estabelecimento de novos parâmetros assistenciais e do próprio processo de contratualização resultante dos pactos estabelecidos.

Este processo poderá ser demorado e durante seu desenvolvimento continuam vigentes as normas existentes. Há que se salientar, também, que as normas atuais definiram certos aspectos das redes que devem ser conhecidos dos gestores, pois podem servir de base para modificações futuras a serem propostas pela sua superação crítica.

Assim, apresentamos nos próximos capítulos, a síntese das normas nacionais e dos procedimentos que devem ser tomados pelos gestores para a organização de cada uma das principais áreas de média e alta complexidade.







2

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

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



2

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

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

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

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



O planejamento e o gerenciamento de um sistema de saúde dependem de um conjunto de informações adequadas que orientem o planejador quanto às necessidades de saúde da população e a ordem de prioridade dessas necessidades, assim como da oferta de serviços existentes e sua capacidade de atendimento. Essas informações devem expressar as diferentes características que evidenciam as condições de vida dessa população, sejam culturais, sociais, econômicas e epidemiológicas, e que são responsáveis pela geração de suas demandas de saúde.

(TANCREDI FB; BARRIOS S.R.L.; FERREIRA J.H.G. 1998)

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

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

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

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



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

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

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

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

2.1.2 Levantamento de necessidades por parâmetros estabelecidos

Outra maneira de avaliar as necessidades de atendimentos de saúde e a capacidade dos serviços instalados é pela utilização de parâmetros técnicos de necessidades de saúde da população e de produtividade de serviços de saúde. A dificuldade na utilização de parâmetros técnicos encontra-se, em muitos casos, na elaboração que é feita baseada em regiões ou serviços de saúde com realidades epidemiológicas e sociais bastante diferentes daquelas regiões em que são aplicadas, com resultados inadequados para orientar os planejadores.

Há que se ter aqui o bom senso de se utilizar os parâmetros como orientação geral, mas jamais como “camisa de força”, sempre buscando compará-los com o conhecimento que se tem da realidade de saúde local. Especificamente no Brasil, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS n. 1.101/2002, que estabelece os



parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS, com o objetivo de analisar a necessidade de oferta de serviços assistenciais à população, auxílio na elaboração do planejamento de saúde e no acompanhamento, controle, avaliação e auditoria dos serviços de saúde prestados.

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

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

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

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



2.2 Diagnóstico da situação da rede assistencial de média e alta complexidade

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

2.2.1 Inexistência de determinados procedimentos de saúde em uma região

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

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

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

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

2.2.2 Insuficiência dos serviços de saúde existentes

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

O PDI deve refletir os investimentos que deverão ocorrer para a ampliação ou implantação de serviços, baseado nas necessidades assistenciais da região e no âmbito do estado. Porém, se constatada invasão de usuários de outra região, fato que pode dificultar o planejamento das necessidades de serviços de saúde, pois nem sempre existem dados ou informações precisas sobre o volume desses atendimentos, é preciso pactuar com os demais gestores correspondentes, buscando soluções que evitem o subdimensionamento ou a oferta excessiva de serviços.

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

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

Trata-se aqui de problema diferente dos anteriores, mais dependente das condições políticas e das forças de pressão para ampliação dos gastos públicos em saúde. A regulamentação e aplicação plena da Emenda Constitucional nº 29/2000, que determina o volume de recursos mínimos a serem aplicados em saúde nas esferas federal, estadual e municipal, podem auxiliar na obtenção de mais recursos necessários para a saúde.

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

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

2.2.4 Oferta de serviços superior às necessidades

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

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

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

Deve-se dar atenção ao problema, evitando a proliferação ineficiente de unidades e recursos de saúde, que podem inviabilizar a sustentação financeira do SUS. Problemas reais foram constatados no processo de municipalização em diversas regiões do Brasil, no qual os municípios expandem a atenção médica sem nenhuma articulação regional, com desperdício de recursos públicos, gerados pela ineficiên-

cia na prestação da assistência, com serviços de saúde (hospitais) atendendo com baixa taxa de ocupação, aparelhos de apoio laboratorial (como ultra-som) trabalhando com ociosidade, dentre outros problemas (MENDES, 2001).

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

2.3.1 Natureza dos serviços de saúde que integram o SUS

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

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



2.3.2 Critérios para escolher os serviços

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

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

2.3.3 Avaliação inicial e documentação necessária

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

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

- O serviço será cadastrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), pelo gestor local, mediante avaliação *in loco* e preenchimento de formulário específico e alimentação do sistema junto ao Datasus, com rotina de atualização de dados.



- Inicia-se um processo com a solicitação por parte do estabelecimento de saúde ao gestor do SUS para integrar o sistema, ofertando os serviços, ou ainda, por proposta deste ao estabelecimento.
- Instrução do expediente com a análise preconizada na fase de planejamento (estimativa de necessidade com base na população e distribuição geográfica). Quando não houver justificativas para o credenciamento pleiteado, arquiva-se o mesmo, dando ciência ao interessado e, se comprovada a necessidade, dá-se seqüência ao processo.
- Documentação comprobatória do cumprimento das exigências específicas para credenciamento/habilitação de cada política, separando a documentação nos seguintes blocos: recursos humanos (relação, escalas, títulos, responsáveis técnicos etc.); estrutura física (especificação, plantas, croquis etc.); equipamentos (declaração de posse ou outro documento comprobatório); serviços existentes (de acordo com as exigências, próprios ou as referências formais); comissões exigidas (relação dos membros e atas); alvará ou licença de funcionamento expedida pela Anvisa (cópia do documento vigente); número do CNES, oferta de serviços ao SUS (especificando os procedimentos e o quantitativo mensal) e demais documentos exigidos.
- Relatório de Vistoria realizada *in loco* pela Vigilância Sanitária, com avaliação das condições de funcionamento da unidade, de acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) ou outra norma técnica vigente.
- Encaminhamento do *check list* específico de cada área assistencial, como, por exemplo, UTI, neurologia, cardiologia, preenchido *in loco*, pela equipe de planejamento da Secretaria de Saúde municipal e/ou estadual.
- Parecer conclusivo do gestor, e sendo em serviço sob gestão municipal, além do parecer do gestor municipal deverá constar ainda manifestação expressa do gestor estadual.
- Manifestação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) aprovando o credenciamento e informando o impacto financeiro no custeio da unidade.

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

A Secretaria Estadual de Saúde encaminhará ao Ministério da Saúde apenas a documentação exigida pela Portaria GM/MS n. 598/2006, que define que os processos administrativos relativos à gestão do SUS sejam definidos e pactuados no âmbito das CIB, estabelecendo quais as informações estratégicas que devem ser encaminhadas para subsidiar o processo de homologação, monitoramento e avaliação, após pactuação na CIB.

Trata-se da descentralização dos processos de habilitação. As primeiras atividades a serem descentralizadas de acordo com a portaria são os credenciamentos de leitos de UTI, planos de ação e credenciamento do Centro de Referência de Saúde do Trabalhador (Cerest) e credenciamento dos serviços de média e alta complexidade que tem políticas vigentes, sendo que para cada área a documentação exigida é a seguinte.

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

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

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

2.4.1 Blocos de financiamento

A Portaria GM/MS nº 204/2007, estabelece que financiamento e a transferência dos recursos federais destinados ao custeio das ações e dos serviços de saúde passam a ser organizados e transferidos na forma de blocos de financiamento:

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

O Faec estratégico financia alguns procedimentos classificados como estratégicos tanto na atenção básica como nos demais níveis do sistema, portanto o financiamento pelo Faec não atende ao critério de nível de complexidade.

2.4.2 Média e alta complexidade

Os procedimentos de média e de alta complexidade são financiados com recursos do teto MAC e também pelo Faec, conforme o atributo de nível de complexidade e forma de financiamento definido para cada procedimento da tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), de acordo com a Portaria MS/SAS nº 224/2003 e pela tabela do Sistema de Informações Hospitalares (SIH).

Na Portaria GM/MS nº 204/2007, está previsto que os recursos atualmente destinados ao custeio de procedimentos financiados por meio do Faec (exceto transplantes, procedimentos realizados por Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC), ações estratégicas ou emergenciais de caráter temporário e novos procedimentos até a definição de sua série histórica para sua incorporação ao MAC), serão incorporados ao limite financeiro da média e alta complexidade dos estados, Distrito Federal e municípios, em ato normativo específico, observando as pactuações na Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

Por outro lado, encontra-se em fase final de elaboração, a tabela unificada de procedimentos ambulatoriais e hospitalares que agregará as atuais tabelas do SIA e do SIH. Até que haja a incorporação dos recursos do Faec ao MAC, as ações de média e alta complexidade permanecem financiadas como atualmente, com a seguinte divisão:

1) Com recursos do Faec

a) No SIH

- assistência ao paciente queimado;
- procedimentos relacionados ao transplante;
- lesões lábio-palatais/deformidade craniofacial;
- gastroplastia e procedimentos cirúrgicos de correção (plástica) pós-gastroplastia;
- humanização do parto;
- epilepsia;
- radiocirurgia;

- registro civil e nascimento, parte da neurocirurgia (embolização), angioplastia endovascular, osteogenesis imperfecta, internação domiciliar em geriatria (Centro de Referência do Idoso), e os procedimentos que compõem o rol da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade – CNRAC (neurocirurgia; ortopedia, cardiologia e oncologia)

b) No SIA

- aplicação de teste para psicodiagnóstico;
- algumas terapias individuais e em grupo;
- procedimentos do Programa de Combate ao Câncer de Colo Uterino (coleta, citopatológico e cirurgia de alta frequência – CAF);
- procedimentos do Programa de Controle da Tuberculose;
- acompanhamento de pacientes;
- psicodiagnósticos, terapias/psicoterapias, instalação, acompanhamento e avaliação domiciliar de paciente portador de distrofia muscular em uso de VNIPP;
- medicamentos excepcionais e medicamentos ao tratamento do tabagista;
- procedimentos de medicina física e reabilitação;
- tratamento de leucemia mielóide crônica;
- radioterapia estereotáxica;
- tumor de estroma gastrointestinal;
- terapia renal substitutiva;
- tratamento ortodôntico em anomalias crânio faciais e implante dentário ósteo integrado;
- prótese dentária dos Centro de Especialidades Odontológicas (CEO);
- procedimentos da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva (triagem, exames, protetização e acompanhamento), implante coclear, oftalmologia, glaucoma, Programa de Humanização do Parto (incentivo à adesão e conclusão da assistência);
- procedimentos relacionados à assistência ao paciente queimado;
- procedimentos da triagem neonatal (exames de diagnóstico, confirmatórios e acompanhamento de pacientes);

- procedimentos relacionados à CNRAC e avaliação e parecer de casos demandados pela CNRAC (importante ressaltar que a radioterapia e quimioterapia de pacientes atendidos pela CNRAC, em cirurgia oncológica, não são financiados pelo Faec), procedimentos realizados no doador e/ou receptor de órgãos (exames sorológicos, busca de medula, acompanhamento de paciente transplantado, transplante de córnea, enucleação do globo ocular para transplante);
- exames para detecção da hepatite C (biologia molecular);
- acompanhamento de pacientes portadores de transtornos mentais e alguns procedimentos do Programa de Aids (CD/4; CD/8 e carga viral, e alguns reagentes).

Observações sobre os recursos federais Faec

- a) De modo geral, os procedimentos financiados por meio do Faec não têm limites financeiros, sendo repassados os recursos da produção aprovada.
- b) Alguns procedimentos Faec estão limitados em seus valores de repasse pelo Ministério da Saúde, como os procedimentos da terapia renal substitutiva e da deficiência auditiva. O montante faturado acima do teto onera o limite financeiro de média e alta complexidade.

2) Com recursos do MAC

- a) No SIA
 - todos os procedimentos da tabela SIA/SUS, classificados como atenção de média e alta complexidade que não estão sendo custeados pelo Faec;
- b) No SIH
 - todos os procedimentos da tabela SIH/SUS, classificados como atenção de média e alta complexidade que não estão sendo custeados pelo Faec.

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

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

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

2.5 Avaliação, controle e auditoria dos serviços do SUS

Uma vez que os serviços de saúde de média e alta complexidade necessários ao SUS, em uma dada região, tenham sido identificados, credenciados e contratados, os gestores do sistema devem manter o acompanhamento das ações de saúde prestadas. A avaliação como atividade integrante do planejamento, os sistemas de informação, bem como o sistema de auditoria do SUS serão abordados em outros



volumes desta série, aprofundando conceitos. Apontamos aqui alguns aspectos do assunto apenas para facilitar a compreensão dos demais capítulos do presente trabalho, que tratam diretamente das redes de alta complexidade do SUS².

2.6 Sistemas de informação do SUS

Os sistemas de informação em saúde são parte integrante do sistema de saúde, fazem parte de sua estrutura organizacional e devem contribuir para que a gestão da saúde (em qualquer nível) cumpra suas finalidades institucionais. Existem no SUS diversos sistemas de informação, entre os quais destacamos alguns que podem trazer aos gestores informações de caráter estatístico-epidemiológicas, como o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), a Comunicação de Internação Hospitalar (CIH) e o Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação (Sinan).

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

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

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

² Ver capítulo sobre controle e avaliação no livro Regulação em Saúde.



2.6.1 Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS)

O sistema de informação utilizado para o registro da produção ambulatorial é um sistema informatizado, de envio obrigatório para todos os gestores que tenham serviços públicos ou privados sob sua gestão. Os procedimentos ambulatoriais constam da tabela do SIA/SUS e são estruturados em grupos, subgrupos e níveis de organização.

A Portaria SAS/MS n. 224/2003 definiu para cada procedimento da tabela a sua complexidade e a fonte de financiamento. Entende-se por atributo de complexidade a atenção básica; a média complexidade (1º, 2º e 3º nível de referência) e a alta complexidade.

Encontra-se em fase final de elaboração a tabela unificada que abrangerá os procedimentos das tabelas SIA e SIH em um único instrumento. O SIA/SUS é composto pelo módulo de produção que tem como instrumentos de coleta de dados o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) e a Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo (Apac) e por um módulo de programação que tem como instrumento de coleta de dados a Ficha de Programação Orçamentária (FPO).

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

Breve descrição dos instrumentos componentes do SIA/SUS.

2.6.1.1 BOLETIM DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL (BPO)

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

2.6.1.2 FICHA DE PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA (FPO)

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

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

A Portaria SAS/MS n. 496/2006 estabelece nova forma de programação, flexibilizando ao gestor definir mais do que um nível de apuração (grupo, subgrupo, nível de organização ou de procedimento) para um mesmo órgão de saúde, com a definição de regras específicas para procedimentos de atenção básica, financiados com recursos do Faec e para os órgãos de saúde que possuem contrato de metas e recebem valores pré-fixados. Está em fase de desenvolvimento e implantação o aplicativo FPO magnético, como vem sendo chamado.

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

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

2.6.1.4 DOCUMENTOS UTILIZADOS NO MÓDULO APAC

- Laudo de Solicitação de Apac – documento emitido pelo profissional responsável pelo atendimento do paciente, no qual registra informações relevantes sobre a patologia e requisita a autorização para realizar procedimentos “especiais”, devendo ser preenchido, assinado e identificado o profissional solicitante;

- Apac I (formulário) – documento emitido pelo órgão autorizador (gestor estadual ou municipal), após análise do laudo. É emitido em duas vias: a primeira deverá ser arquivada no órgão emissor para controle; a segunda, arquivada no prontuário do paciente após a realização do ato e cobrança do procedimento;
- Apac II (meio magnético) – sistema informatizado de uso obrigatório pela unidade que prestou o atendimento, para identificação do paciente, registro das informações relativas ao atendimento e instrumento de cobrança.

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

Atualmente a Apac é emitida por sistemas informatizados na maioria dos estados, não sendo mais necessária a confecção de impressos, cuja responsabilidade era do gestor estadual. Nos estados que não se utilizam os sistemas informatizados permanece a obrigação de confecção dos mesmos pelo gestor estadual.

2.6.2 Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS)

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

Recentemente, com a Portaria SAS/MS n. 743/2005, os modelos de laudos implantados foram revogados e propostos novos modelos, buscando padronização mínima de informações que possibilite ampliar a capacidade de regulação, avaliação e controle dos serviços ofertados ao SUS. A critério do gestor, os modelos propostos podem ser alterados, desde que não suprimam as informações mínimas estabelecidas. Esses modelos de laudos podem ser obtidos para download no endereço eletrônico do Datasus (<http://sihd.datasus.gov.br> - na opção “documentação”).

- Laudo para solicitação/autorização de internação hospitalar – instrumento para solicitar a internação do paciente em hospitais integrantes do SUS;
- Laudo para solicitação/autorização de procedimentos especiais e/ou mudança de procedimento de internação hospitalar – laudo complementar utilizado por ocasião da necessidade de realização de procedimentos especiais que dependem de autorização prévia do gestor.

Apenas pode emitir laudo o profissional médico, o enfermeiro obstetra e o cirurgião-dentista, de acordo com suas áreas de atuação. Os gestores do SUS são obrigados a encaminhar as bases de dados do SIA e do SIHD mensalmente ao Datasus, conforme cronograma estabelecido periodicamente pelo Ministério da Saúde. A Portaria GM/MS n. 699/2006, no Art. 7º, item b, determina que o não-cumprimento da obrigatoriedade da alimentação dos Bancos de Dados Nacionais, por dois meses consecutivos ou três meses alternados no prazo de um ano, implicará a suspensão imediata, pelo Ministério da Saúde, dos repasses financeiros transferidos mensalmente, fundo a fundo, para estados, Distrito Federal e municípios.

2.6.3 Comunicação de Internação Hospitalar (CIH)

A Portaria GM/MS n. 221/1999 rege a CIH, que trata do registro de todas as internações ocorridas nas unidades hospitalares. A CIH foi recentemente reestruturada pela Portaria GM/MS n. 1.722/2005 e é de preenchimento obrigatório para todos os estabelecimentos hospitalares situados no território nacional, públicos ou privados, integrantes ou não do SUS, que terão que registrar todas as ocorrências de

todos os eventos de internação hospitalar, independente da fonte de remuneração dos serviços prestados, para as internações não custeadas pelo SUS (já que estas são registradas e informadas no SIH). Para as internações custeadas pelo SUS, o hospital informa apenas o SIH.

As orientações de preenchimento da CIH, dos códigos utilizados para o registro dos dados da internação e as orientações para envio do arquivo da CIH encontram-se descritas nos anexos I, II e III da portaria referida anteriormente e ainda podem ser obtidos junto ao Manual de Operação, disponível no endereço eletrônico do Datasus na internet (www.datasus.gov.br). O arquivo, contendo essas informações, será enviado, mensalmente, pelas Secretarias Estaduais ou Municipais de Saúde, de acordo com as responsabilidades assumidas, ao Datasus, mesmo que nenhuma internação tenha ocorrido naquele mês. Neste caso conterà apenas a notificação zerada.

2.6.4 Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)³

O CNES é uma das bases de dados utilizadas pelo SIA e pelo SIH, sendo de responsabilidade do gestor estadual ou municipal a inclusão de unidades por meio da Ficha de Cadastro de Estabelecimento de Saúde (FCES), sua atualização e manutenção, de acordo com as responsabilidades de cada gestor.

2.6.5 Outros sistemas de informação

- Sigae – Sistema de Gerenciamento de Unidades Ambulatoriais Especializadas, é um sistema disponível para utilização em unidades ambulatoriais especializadas que não é, entretanto, de uso obrigatório para as unidades do SUS.
- Sisreg – O Sisreg é um sistema de informações on-line, disponibilizado pelo Datasus, para gerenciamento e operação das Centrais de Regulação, cuja utilização não é obrigatória.

³ Ver capítulo sobre regulação assistencial no livro Regulação em Saúde.

- Siops – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde que informa receitas e despesas com saúde por esfera de governo, objetivando acompanhar a vinculação orçamentária exigida pela Emenda n. 29/2000.
- Sisaud – Sistema de Auditoria do SUS, definido pela Portaria GM/MS n. 1.467/2006, que objetiva a sistematização do acompanhamento do controle e da produção das informações decorrentes das atividades de auditoria dos componentes federal, estadual e municipal do SUS.
- Hiperdia – Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos. Sistema informatizado obrigatório, que permite cadastrar e acompanhar os portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus, captados no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, em todas as unidades ambulatoriais do SUS, gerando informações para gerentes locais, gestores das secretarias municipais, estaduais e Ministério da Saúde.
- Siscolo – Sistema de Informação Laboratorial do Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo Uterino. Trata-se de um sistema obrigatório, necessário para que os laboratórios credenciados pelo SUS realizem a emissão dos laudos de exames citopatológicos e histopatológicos, servindo para gerenciar a quantidade de exames finalizados e em aberto, por período considerado.
- Sis prenatal – Um software desenvolvido com a finalidade de permitir o acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), do SUS. No Sis prenatal está definido o elenco mínimo de procedimentos para uma assistência pré-natal adequada. Permite o acompanhamento das gestantes, desde o início da gravidez até a consulta de puerpério. Obrigatório para pagamento do componente I do PHPN.

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



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







3

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

- 3.1 Política Nacional de Atenção Cardiovascular
- 3.2 Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva
 - 3.3 Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal
- 3.4 Política Nacional de Procedimentos Eletivos de Média Complexidade
 - 3.5 Política Nacional de Atenção Oncológica
- 3.6 Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência
 - 3.7 Política Nacional de Saúde Bucal
- 3.8 Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumatologia-ortopedia
- 3.9 Política Nacional de Atenção às Urgências
- 3.10 Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica
 - 3.11 Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte
- 3.12 Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
- 3.13 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher



O objetivo do presente capítulo é apresentar os componentes de atenção de média e alta complexidade das Políticas Nacionais de Saúde, publicadas pelo Ministério da Saúde, reduzindo-se, sempre que possível, ao mínimo necessário para o entendimento de cada política, as menções sobre a atenção básica em saúde.

Pode-se observar que as políticas nacionais possuem recortes muito variados, por vezes baseados:

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

Quase todas políticas envolvem a publicação de instrumentos normativos (portarias), pelo gestor federal, que integraram diversas normas esparsas anteriormente existentes, buscando criar uniformidade nas áreas abordadas, afim de facilitar o entendimento.

Entretanto, dados os diferentes recortes dessas políticas e as portarias que foram posteriormente publicadas para “regulamentar” cada área e tratar da organização dos serviços e procedimentos, principalmente de alta complexidade, a coletânea normativa permanece ainda complexa, exigindo, muitas vezes, a leitura de diversas normas para compreensão de uma área mais específica.

Estas áreas são:

- Política Nacional de Atenção Cardiovascular.
- Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva.
- Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal.
- Política Nacional de Procedimentos Eletivos de Média Complexidade.
- Política Nacional de Atenção Oncológica.
- Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência.
- Política Nacional de Saúde Bucal.
- Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia.
- Política Nacional de Atenção às Urgências.
- Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica.
- Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte.
- Política Nacional para o Idoso.
- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

3.1 Política Nacional de Atenção Cardiovascular

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

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

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

3.1.1 Objetivos da Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade

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

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

- constituir redes estaduais ou regionais, hierarquizadas e organizadas, garantindo o acesso e o atendimento integral;
- ampliar a cobertura do atendimento aos portadores de doenças cardiovasculares;
- desenvolver mecanismos de avaliação, controle, regulação e monitoramento dos serviços de atenção cardiovascular;
- criar uma câmara técnica para acompanhar a implantação e implementação dessa política (criada por meio da Portaria SAS/MS n. 399/2004 e alterada pela portaria SAS/MS n. 498/2004).

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

3.1.2 Estruturação da rede estadual ou regional de atenção cardiovascular

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

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

3.1.2.1 UNIDADE DE ASSISTÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE CARDIOVASCULAR

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

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

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

3.1.2.2 CENTRO DE REFERÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE CARDIOVASCULAR

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

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

- cardiovascular;
- cardiovascular pediátrica;
- cirurgia vascular;
- procedimentos da cardiologia intervencionista;

• procedimentos endovascular extracardíacos e laboratório de eletrofisiologia. Para que possam realizar os procedimentos de implante cardiodesfibrilador transvenoso e multi-sítio, deverão dispor de laboratório de eletrofisiologia e ambulatório de arritmia.

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

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

Os anexos estão configurados como segue:

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

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

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

a) Número de serviços necessários por Unidade da Federação

- Centro de referência: no mínimo um para cada estado da Federação.
- Serviço de assistência de alta complexidade em cirurgia cardiovascular: um para cada 600 mil/habitantes.
- Serviço de assistência de alta complexidade em cirurgia cardiovascular Pediátrica: um para cada 800 mil/habitantes.
- Serviço de assistência de alta complexidade em procedimentos de cardiologia intervencionista: um para cada 600 mil/habitantes.
- Serviço de assistência de alta complexidade em cirurgia vascular: um para cada 500 mil/habitantes.
- Serviço de assistência de alta complexidade em cirurgia endovascular: um para cada 4 milhões/habitantes, sendo que para os estados com número de habitantes inferior a 4 milhões deverá ser credenciado, no máximo, um serviço, desde que instalado no centro de referência.
- Serviço de assistência em laboratório de eletrofisiologia: um para cada 2,6 milhões/habitantes (conforme modificação proposta pela Portaria SAS/MS n. 384/2006), sendo que, para os estados com número de habitantes inferior ao preconizado, deverá ser cadastrado, no máximo, um serviço.

b) Número de atendimento mínimo esperado por tipo de unidade

- Cirurgia cardiovascular adulto: realizar, no mínimo, 180 cirurgias/ano de alta complexidade.
- Cirurgia cardiovascular pediátrica: realizar, no mínimo, 120 cirurgias/ano de alta complexidade.
- Se o serviço for cadastrado para os dois tipos de cirurgia cardiovascular, adulto e pediátrica, deverá realizar, no mínimo, 240 cirurgias/ano e ter os dois tipos de credenciamento.
- Cardiovascular intervencionista: realizar, no mínimo, 144 procedimentos/ano, excluídos os estudos hemodinâmicos ambulatoriais.
- Cirurgia endovascular extracardíaca: realizar, no mínimo, 120 atos cirúrgicos/ano.

- Serviço de eletrofisiologia: realizar, no mínimo, 39 procedimentos/ano.
- Serviço de cirurgia vascular: realizar, no mínimo, 90 cirurgias/ano de alta complexidade.
- Atendimento ambulatorial de cardiologia clínica: disponibilizar, no mínimo, 267 consultas/mês para cada 180 cirurgias cardiovasculares/ano.
- Atendimento ambulatorial de cardiologia clínica pediátrica: disponibilizar, no mínimo, 179 consultas/mês para cada 120 cirurgias cardiovasculares/ano.
- Atendimento ambulatorial de angiologia e cirurgia vascular: disponibilizar, no mínimo, 100 consultas/mês para cada 180 cirurgias vasculares/ano.
- Exames de ergometria: disponibilizar, no mínimo, 80 exames para cada 180 cirurgias cardiovasculares.
- Holter: disponibilizar, no mínimo, 30 exames para cada 180 cirurgias cardiovasculares.
- Ecocardiograma: disponibilizar, no mínimo, 130 exames para cada 180 cirurgias cardiovasculares.
- Ultra-sonografia com doppler colorido de três vasos: disponibilizar, no mínimo, 80 exames para cada 180 cirurgias vasculares.

3.1.4 Avaliação, controle e monitoramento da atenção cardiovascular

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

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

Para o registro das informações são utilizados os sistemas do Ministério da Saúde. Para os procedimentos ambulatoriais de média complexidade, como as consultas médicas e os exames de diagnóstico, utiliza-se o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA/SIA). Já para os procedimentos ambulatoriais de alta comple-

xidade, como o estudo hemodinâmico, o instrumento utilizado é a Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo (Apac/SIA), de acordo com as rotinas descritas no início deste livro. Para o registro das internações, o sistema utilizado é o Sistema de Informação Hospitalar (SIH), que tem como seu principal instrumento a Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

3.1.5 Financiamento da atenção cardiovascular

A maioria dos procedimentos cardiovasculares é remunerada com recursos do teto de média e alta complexidade (teto MAC); apenas os procedimentos endovasculares são financiados com recursos do Faec estratégico.

Apesar de a política proposta e de as portarias de regulamentação determinarem a implementação de ações de promoção e prevenção de doenças do sistema cardiovascular, a detecção precoce dessas doenças e a ampliação do acesso à atenção cardiovascular de alta complexidade, os recursos disponibilizados pelo Ministério da Saúde para a implantação de mais essa rede de assistência não estão sendo contemplados em sua totalidade, em especial para a assistência de média complexidade.

O Ministério da Saúde publicou a Portaria SAS/MS n. 856, de 23 de novembro de 2006, que prorroga, para a competência fevereiro de 2007, o prazo para novo credenciamento/habilitação dos serviços de assistência de alta complexidade na rede de atenção cardiovascular.

3.2 Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva

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

3.2.1 Principais objetivos

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

- desenvolver estratégias de promoção da qualidade de vida, educação, proteção e recuperação da saúde e prevenção de danos, protegendo e desenvolvendo a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividade;
- organizar uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e reabilitação), com assistência multiprofissional e interdisciplinar;
- identificar os determinantes e condicionantes das principais patologias e situações de risco que levam à deficiência auditiva e desenvolver ações transeitoriais de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade;
- definir critérios técnicos mínimos para o funcionamento e a avaliação dos serviços que realizam reabilitação auditiva, bem como os mecanismos de sua monitoração com vistas a potencializar os resultados da protetização;
- promover ampla cobertura no atendimento aos portadores de deficiência auditiva no Brasil, garantindo a universalidade do acesso, a equidade, a integralidade e o controle social da saúde auditiva;

- fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos que visem ao estudo do custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como a incorporação tecnológica do processo da reabilitação auditiva no país;
- contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações decorrentes dessa política, permitindo que, a partir do seu desempenho, seja possível um aprimoramento da gestão, da disseminação das informações e uma visão dinâmica do estado de saúde das pessoas portadoras de deficiência auditiva;
- promover intercâmbio com outros subsistemas setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações;
- qualificar a assistência e promover a educação continuada dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e a implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva, em acordo com os princípios da integralidade e da humanização.

3.2.2 Principais ações por nível de assistência

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

- a) A atenção básica compreende ações de caráter individual ou coletivo, voltadas para a promoção da saúde auditiva, da prevenção e da identificação precoce de problemas auditivos e ações informativas, educativas e de orientação familiar e encaminhamento quando necessário para o serviço de atenção à saúde auditiva especializada. Ações que abrangem os diversos segmentos, como atenção à gestante, à criança, ao adolescente e ao adulto.
- b) A média complexidade constitui-se na primeira referência para a atenção básica, garantindo a contra-referência e a referência, quando necessária, para a alta complexidade. As atividades neste nível compreendem:
 - triagem e monitoramento da audição, da atenção diagnóstica e da terapêutica especializada, para maiores de três anos de idade, sem outras afecções associadas, como doenças neurológicas, psicológicas, síndromes genéticas, cegueira e visão subnormal, que devem ser referenciadas para outro nível de complexidade,

devendo ainda promover a saúde auditiva e a prevenção de problemas auditivos, junto à comunidade, em ações articuladas com as equipes da atenção básica, coordenadas pelo gestor local;

- realização de consulta otorrinolaringológica, avaliação audiológica e avaliação fonoaudiológica de linguagem, triagem e monitoramento da audição em neonatos, pré-escolares e escolares e em trabalhadores com exposição freqüente a níveis de pressão sonora elevados, referenciados da atenção básica;
- realização do diagnóstico da perda auditiva em crianças maiores de três anos de idade, jovens, adultos e idosos, reabilitação mediante tratamento clínico em otorrinolaringologia seleção, adaptação e fornecimento de aparelhos de amplificação sonora individual (AASI) e terapia fonoaudiológica para adultos e crianças maiores de três anos de idade;
- garantia de avaliação e terapia psicológica, atendimento em serviço social, orientação à família e à escola do portador de deficiência auditiva.

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

- realização de consultas, em pacientes até três anos, nas especialidades: otorrinolaringologia, neurologia, pediatria, avaliação audiológica, avaliação fonoaudiológica de linguagem e diagnóstico da perda auditiva, pacientes com perdas unilaterais, pacientes com afecções associadas (neurológicas, psicológicas, síndromes genéticas, cegueira, visão subnormal) e pacientes que apresentam dificuldades na realização da avaliação audiológica em serviço de menor complexidade;
- realização do diagnóstico da perda auditiva e exames complementares: emissões otoacústicas evocadas transientes e por produto de distorção e potencial evocado auditivo de curta, média e de longa latência e a reabilitação mediante tratamento clínico em otorrinolaringologia; seleção, adaptação e fornecimento de aparelho de amplificação sonora individual (AASI) e terapia fonoaudiológica;
- garantia da avaliação e terapia psicológica, atendimento em serviço social, orientação familiar e escola do portador de deficiência auditiva.

3.2.3 A organização das ações da atenção à saúde auditiva

Essas ações devem ser organizadas de acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de cada esfera de governo. É necessário, ainda, elaborar o Plano de Prevenção, Tratamento e Reabilitação Auditiva e este deverá ser parte integrante do plano municipal de saúde e dos planos diretores de regionalização dos estados e do Distrito Federal.

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

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

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

- serviço de média complexidade – é aquele que se propõe a realizar as ações de média complexidade e para tanto deve oferecer atenção diagnóstica e terapêutica especializada, condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados ao atendimento às pessoas com risco ou suspeita para perda auditiva e pessoas portadoras de deficiência auditiva, de forma articulada e integrada com o sistema local e regional. Deve oferecer triagem e monitoramento da audição de neonatos, pré-escolares, escolares, diagnóstico, tratamento e reabilitação de perda auditiva em crianças a partir de três anos de idade, de jovens, de adultos, incluindo os trabalhadores, e de idosos, respeitando as especificidades da avaliação e reabilitação exigidas para cada um desses segmentos.
- serviço de alta complexidade – é aquele que se propõe a realizar as ações de alta complexidade e para tanto deve oferecer atenção diagnóstica e terapêutica especializada, condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados ao atendimento às pessoas com risco ou suspeita para perda auditiva e pessoas portadoras de deficiência auditiva, de forma articulada e integrada como sistema local e regional. Deve constituir-se como referência para diagnóstico, tratamento e reabilitação de perda auditiva em crianças até três anos de idade, em pacientes com afecções associadas, sejam neurológicas, psicológicas,

síndromes genéticas, cegueira, visão subnormal, perdas unilaterais, e daqueles que apresentam dificuldades na realização da avaliação audiológica em serviços de menor complexidade.

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

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

A Portaria MS/GM nº 587/2004, além de definir as ações e os serviços de atenção à saúde na média e na alta complexidade, estabelece, ainda, requisitos básicos para a habilitação de serviços nessa área. Estabelece exigências de recursos humanos, instalações físicas e de equipamentos e área de cobertura.

Integram essa portaria alguns anexos, sendo eles:

- Anexo I – Normas para o atendimento em saúde auditiva.
- Anexo II – Normas Gerais para credenciamento/habilitação de serviços de atenção à saúde auditiva.
- Anexo III – Formulário para vistoria do gestor.
- Anexo IV – Diretrizes para o fornecimento de aparelhos de Amplificação Sonora Individual (AASI).
- Anexo V – Quantidade de serviços de atenção à saúde auditiva.



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

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

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

Os serviços que compõem a rede estadual de atenção à saúde auditiva devem estar cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), sendo que as orientações desse cadastramento estão contidas na Portaria MS/SAS n. 589, de 08 de outubro de 2004, e devem ter sempre os dados atualizados.

3.2.5 Financiamento da atenção à saúde auditiva

O elenco de procedimentos que integram a atenção à saúde auditiva foram definidos pela Portaria MS/SAS n. 589/2004 e são financiados com recursos do Faec, com limites financeiros definidos pelo Ministério da Saúde para cada Estado da Federação.





A assistência à saúde auditiva integra o subsistema de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo (Apac-SIA), cujos modelos dos formulários/instrumentos são padronizados e estão disponíveis no *site* do Ministério da Saúde (www.saude.gov.br).

Os principais formulários são:

- Laudo para emissão de Apac – Deficiência auditiva;
- Apac I – Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo e controle de frequência individual de paciente com deficiência auditiva.

Os gestores podem utilizar modelos próprios de formulários/instrumentos, no entanto, as informações estabelecidas no modelo padronizado pelo Ministério da Saúde devem ser preservadas.

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

3.3 Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal

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

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



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

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

3.3.1 Principais objetivos

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

3.3.2 Caracterização dos serviços que prestarão atenção em saúde renal

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Assistência farmacêutica na alta complexidade (Medicamentos Excepcionais): os pacientes renais crônicos e aqueles submetidos a transplante renal fazem uso de medicamentos do Programa de Medicamentos Excepcionais do Ministério da Saúde, co-financiados pelos estados, que, no ano de 2005, representou um gasto para o MS no valor de R\$ 1,2 bilhão.

Observações sobre as terapias renais

- Hemodiálise: sessões de diálise realizada na unidade de saúde; em média o paciente submete-se a três sessões semanais, de aproximadamente 4 horas cada.
- DPAC: realizada no domicílio do paciente, com trocas realizadas pelo próprio paciente ou cuidador.
- DPA: realizada no domicílio do paciente, com trocas controladas por uma máquina cicladora automática.
- DPI: realizada em serviços de saúde com trocas controladas manualmente ou por máquina cicladora automática; em média o paciente submete-se a duas sessões semanais, de 24 horas cada.
- Distribuição por modalidade de tratamento no Brasil, no ano de 2004: HD = 89,63%; DPAC = 6,83%; DPA = 2,87%; DPI = 0,64%.

3.3.3 Responsabilidades das esferas de governo

3.3.3.1 FEDERAL

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

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

3.3.3.2 ESTADUAL

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

3.3.3.3 MUNICIPAL

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

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

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

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

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

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

Há um conjunto de informações relacionadas à questão dos portadores de nefropatias crônicas, hipertensos e diabéticos, disponíveis nos sistemas de informação do Ministério da Saúde, como o de mortalidade (SIM), o de internações (SIH), o Hiperdia e o SIA/SUS – Apac.

Entretanto esses sistemas não estão integrados e os produtos de disseminação de informações do Datasus são de difícil manipulação pela maioria dos gestores.

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

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

O Ministério da Saúde comprometeu-se quando da discussão da Política Nacional de Assistência ao Portador de Doença Renal, soluções para disseminação de informações, a partir de novas tecnologias, que até o momento ainda não estão disponíveis.

A Resolução RDC n. 154/2004, da Anvisa, republicada em 31.05.2006 e complementada pela RE Anvisa n. 1671/2006, define indicadores para avaliação do serviço de diálise, que devem ser disponibilizados à Vigilância Sanitária, durante o processo de inspeção sanitária do serviço, que ocorre semestralmente, e ainda quando de investigação de surtos e eventos adversos.

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

3.3.6 Aspectos específicos sobre o financiamento dos serviços de atenção em saúde renal

A partir da publicação da Portaria GM/MS n. 1112/2002, os procedimentos da tabela do SIA/SUS, do grupo de Terapia Renal Substitutiva (TRS), cobrados na Apac, passaram a ser financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec), com o estabelecimento de um limite, calculado sobre a média de produção e um acréscimo, para contemplar expansão, por gestor (municipal/estadual).

A partir de janeiro de 2004, por meio da Portaria GM/MS n. 278/2004, o Ministério da Saúde redefine os limites financeiros para TRS, reiterando que os valores excedentes aos limites seriam de responsabilidade de cada gestor. O assunto foi pautado pelos gestores estaduais e municipais, na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), pleiteando ao Ministério da Saúde estabelecer mecanismo de correção dos valores, contemplando o total de assistência prestada.

Na ocasião, o Ministério da Saúde assumiu o compromisso de realizar encontros de contas regulares, bem como efetuar estudos que permitissem o estabelecimento de nova sistemática de remuneração da TRS, porém as medidas adotadas até o momento, pelo Ministério da Saúde, não vem sendo suficientes para suprir a remuneração total da assistência, comprometendo a política nacional.

Entre os problemas temos os seguintes:

- As irregularidade na frequência dos encontros de contas, com intervalos de até um ano, deixando de contemplar o crescimento de pacientes em programa, que, conforme parâmetro da Portaria GM/MS n. 1.101/2002, gira em torno de 8% a 10% ao ano.
- A definição dos limites dos estados, dos municípios e do Distrito Federal, pela média de produção, que totaliza aproximadamente treze sessões/mês para os pacientes em hemodiálise, desconsiderando que, em alguns meses, este número é superior (14 sessões).
- Na organização da rede, de acordo com as portarias vigentes, a média complexidade requer novos recursos financeiros (consultas, exames etc.), que até o momento não foram repassados pelo Ministério da Saúde.
- Quando da implementação de novos serviços, objetivando ampliação do acesso, a atual regra de encontros de contas para correção dos limites tem acarretado demora na remuneração dos novos pacientes.
- Quando da discussão da política, novas responsabilidades foram adotadas em portaria, como, por exemplo, garantia pelo prestador de tratamento para peritonites, com o compromisso de criação de um código na tabela e respectiva remuneração e que até o momento o MS não providenciou.

O Ministério da Saúde publicou a Portaria SAS/MS n. 856/2006, que prorroga, para a competência fevereiro de 2007, o prazo para o novo credenciamento/habilitação dos serviços de assistência de alta complexidade na rede de nefrologia.

3.4 A Política Nacional de Procedimentos Eletivos de Média Complexidade

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

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

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

Considerando as dificuldades inerentes à elaboração dos projetos, pelas regras estabelecidas, que exigia entre outros dados o nome completo do paciente, o número do Cartão Nacional de Saúde e o nome do município de sua residência, o Ministério da Saúde redefiniu novamente essa política pela Portaria GM/MS n. 252/2006, revogando a normativa anterior.

O Ministério da Saúde, considerando o encerramento da Campanha Nacional de Cirurgias Eletivas de Próstata, Varizes, Catarata e Redução da Cegueira Referente a Retinopatia Diabética, em fevereiro de 2006, ampliou o valor anteriormente definido em R\$ 1,00 (um real) para R\$ 1,25 (um real e vinte e cinco centavos), totalizando assim, R\$ 2,25 (dois reais e vinte e cinco centavos), destinados a essa política e permitiu a incorporação desses procedimentos ao elenco de cirurgias eletivas previstas.

3.4.1 Objetivos da Política Nacional de Procedimentos Eletivos de Média Complexidade

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

- A estruturação de uma rede de serviços, regionalizada e hierarquizada, que permita cuidados integrais à saúde e melhoria do acesso dos pacientes ao atendimento especializado de cirurgias eletivas de média complexidade.
- Ampliar a oferta de cirurgias eletivas de média complexidade e reduzir as filas de espera para procedimentos eletivos de média complexidade, identificados e priorizados pelo gestor.
- Organizar fluxos de referência e contra-referência para essa assistência.

3.4.2 Condições e parâmetros para o desenvolvimento da política

Para que os gestores estaduais e/ou municipais possam participar desta política devem apresentar projetos específicos, contendo informações acerca dos municípios contemplados no projeto, população de abrangência e valores envolvidos com pactuação na Comissão Intergestores Bipartite.

Os projetos podem ser apresentados por municípios para sua própria população, ou de referência de microrregião ou macrorregião, ou pelo gestor estadual para aqueles municípios que não foram contemplados em projetos de gestores municipais, até o limite de cinco projetos/ano por estado.

Os gestores estaduais ou municipais, na elaboração dos projetos, devem utilizar alguns critérios.

- População a ser atendida (população total da área de abrangência).
- Necessidade de cobertura assistencial (demanda reprimida prioritária).
- Distribuição geográfica dos serviços, capacidade técnica e operacional de cada serviço.

- Série histórica de atendimentos realizados e mecanismos de acesso com os fluxos de referência e contra-referência.

Constam nessa norma técnica, alguns parâmetros/critérios que devem ser considerados na elaboração dos projetos pelos gestores.

- Deve abranger, no mínimo, duas especialidades.
- O número de cirurgias eletivas programadas deverá ser, no mínimo, de 0,05% da população total dos municípios envolvidos nos projetos.
- O período de execução de cada projeto é de, no máximo, seis meses.
- Para apresentar novo projeto deverá haver o cumprimento de, no mínimo, 70% das metas do projeto anterior.

O elenco de procedimentos que integram a Política Nacional de Procedimentos Eletivos de Média Complexidade está relacionado na portaria que redefiniu a política e envolve as especialidades: traumatologia-ortopedia, otorrinolaringologia, oftalmologia, urologia, ginecologia, angiologia, proctologia, mastologia, gastroenterologia e cirurgia geral.

A maioria dos 84 procedimentos envolvidos é da área hospitalar, sendo que apenas oito deles são de procedimentos ambulatoriais. Deverá ser utilizado o número do Cartão Nacional de Saúde para identificar os pacientes submetidos aos procedimentos cirúrgicos eletivos.

3.4.3 Avaliação, controle e monitoramento dos projetos de cirurgias eletivas de média complexidade

Os serviços de saúde executores do projeto deverão utilizar série numérica de AIH e de Apac exclusivas para o projeto, conforme estabelece a Portaria MS/SAS n. 567/2005. Os gestores responsáveis pela execução do projeto devem encaminhar ao Ministério da Saúde o relatório de pós-produção, sendo que o modelo proposto pelo Ministério da Saúde foi disponibilizado no endereço eletrônico da SAS (<http://www.saude.gov.br/sas>).

As metas serão avaliadas trimestralmente pelo Ministério da Saúde e, se ao final dos seis meses da execução do projeto, não houver o cumprimento de no mínimo 70% da meta estabelecida, os recursos repassados serão restituídos ao Ministério da Saúde, proporcionalmente ao percentual não executado.

3.4.4 Fontes de financiamento

A Política Nacional de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade teve limites definidos para o ano de 2006, estabelecidos na Portaria MS/GM n. 252/2006, em R\$ 2,25 (dois reais e vinte e cinco centavos) por habitante/ano, considerando a população estimada pelo IBGE (TCU/2005) e tendo como fonte de financiamento o Faec estratégico (pagos aos respectivos gestores em parcelas mensais conforme os projetos aprovados).

Não há ainda definição de recursos financeiros para os exercícios futuros.

3.5 Política Nacional de Atenção Oncológica

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

O Instituto Nacional do Câncer (Inca), do Ministério da Saúde apresentou, em 2006, um estudo com a distribuição da incidência e da mortalidade por câncer, por estado brasileiro, dados relevantes para o conhecimento epidemiológico sobre a ocorrência da doença no Brasil.

São 472.050 casos novos estimados por ano, sendo os mais prevalentes os de próstata e pulmão no sexo masculino e, no sexo feminino, mama e colo uterino, seguindo o mesmo perfil do restante do mundo. Nesse estudo, o Inca excluiu os cânceres de pele não melanoma. Os dados por estado ou região podem ser obtidos no *site* do Inca, na internet (www.inca.gov.br).

3.5.1 Objetivos da política de atenção oncológica

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

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

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

- Fomentar, coordenar e executar projetos de incorporação tecnológica e incentivar a pesquisa na atenção oncológica.

3.5.2 Caracterização dos serviços de atenção oncológica

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

- **Atenção básica:** ações de caráter individual e coletivo, voltadas para promoção da saúde, prevenção de doenças e diagnóstico precoce, sendo o principal exemplo a coleta de material para o diagnóstico do câncer de colo de útero feito por meio do exame papanicolau; ações educativas e apoio à terapêutica e ao cuidado paliativo.
- **Média complexidade:** realizar assistência diagnóstica e terapêutica especializada, inclusive cuidados paliativos.
- **Alta complexidade:** determinar a extensão da neoplasia, realizar o tratamento adequado com garantia de qualidade da assistência.

Envolve atividades ambulatoriais como consultas, exames de diagnóstico, tratamentos quimioterápicos ou radioterápicos e atividades hospitalares, como o tratamento cirúrgico, e atendimento a intercorrência clínica ou, mesmo, outros tratamentos que requerem internação hospitalar e atendimento a pacientes que requerem cuidados prolongados.

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

- **Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon):** unidades hospitalares que possuem condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada e de alta complexidade, para realizar diagnóstico e tratamento dos cânceres mais prevalentes no país. Devem contar obrigatoriamente com serviços de cirurgia oncológica e serviço de oncologia clínica e ter referências formais com serviço de radioterapia.

Os hospitais que prestam assistência exclusiva em pediatria podem ser credenciados como Unacon, exclusivamente, para atender neoplasias malignas de crianças ou adolescentes, desde que disponham de serviços de oncologia clínica e cirúrgica pediátrica e serviço de hematologia. Os hospitais especializados em hematologia ou com serviço de hematologia estruturado podem ser credenciados para atendimento exclusivo de hemopatias malignas de crianças, adolescentes ou adultos.

- Centro de assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon): unidades hospitalares que possuem, além das características exigidas para a Unacon, atendimento a todos os tipos de câncer e que obrigatoriamente deverão contar com serviço de cirurgia oncológica, serviço de oncologia clínica, serviço de radioterapia, serviço de hematologia e poderá contar, ainda, com serviço de oncologia pediátrica.
- Centro de Referência de Alta Complexidade em Oncologia (Cracon): trata-se de um Cacon, que também seja hospital de ensino certificado pelo Ministério da Saúde, que exerça atividades de ensino, pesquisa e que possa subsidiar o gestor nas ações de regulação, fiscalização, controle e avaliação e no desenvolvimento de estudos de qualidade e de custo-efetividade, além do desenvolvimento profissional em parceria com o gestor.
- Serviços isolados de quimioterapia e/ou de radioterapia: unidades isoladas que foram credenciadas antes de 19 de dezembro de 2005 e que poderão permanecer realizando tratamentos quimioterápicos e/ou radioterápicos, pelo prazo de doze meses, desde que o gestor não disponha em seu território de Unacon ou de Cacon em número suficiente para suprir a necessidade. A unidade terá que atuar de forma complementar, atendendo pacientes encaminhados pelo gestor e vinculados a uma Unacon ou Cacon, para cooperação técnica e planejamento terapêutico dos casos.
- Hospitais gerais: unidades hospitalares que realizam cirurgias oncológicas, quer por insuficiência ou inexistência de serviços especializados ou pela confirmação do diagnóstico no ato cirúrgico em hospitais que não são credenciados ou habilitados como Unacon ou Cacon e que poderão permanecer realizando cirurgias, pelo prazo de doze meses, desde que o gestor não disponha de serviço especializado em número suficiente para suprir a necessidade. A unidade terá que atuar de forma complementar e vinculada a uma Unacon ou Cacon, para cooperação técnica e planejamento terapêutico dos casos, e possuir referências formais para o encaminhamento do paciente para o atendimento em oncologia clínica ou radioterapia.

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

As Unacon e os Cacon terão, até dezembro de 2006, para implantar o registro hospitalar de câncer. Os dados devem ser encaminhados anualmente ao Inca para publicização. Os serviços habilitados como Cracon, Cacon ou Unacon serão também credenciados como centros de referência em tratamento da dor crônica, conforme estabelece a Portaria MS/GM n. 1319/2002.

3.5.3 Estruturação da rede estadual ou regional de atenção oncológica

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

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

O prazo para que os estados e o Distrito Federal providenciem credenciamento/habilitação dos serviços que integrarão as redes de atenção oncológica foi prorrogado, inicialmente, para 30 de setembro de 2006, pela Portaria MS/SAS n. 502/2006, e recentemente até 28 de fevereiro de 2007, conforme Portaria MS/SAS n. 714/2006.

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

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

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

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

3.5.4.1 NÚMERO DE SERVIÇOS NECESSÁRIOS POR UNIDADE DA FEDERAÇÃO

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

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

3.5.4.2 PARÂMETROS DE NECESSIDADE

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

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

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

3.5.4.3 PARÂMETROS DE PRODUÇÃO

É importante considerar nesse cálculo o tempo de funcionamento do serviço, a capacidade instalada, as condições técnicas dos equipamentos e a disponibilidade de recursos humanos capacitados, entre outras variáveis.

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

3.5.5 Avaliação, controle e monitoramento da atenção oncológica

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

Para o registro das informações são utilizados os sistemas de informação do Ministério da Saúde. Para os procedimentos ambulatoriais de média complexidade, como as consultas médicas e os exames de diagnóstico, utiliza-se o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) do SIA; para os procedimentos ambulatoriais de alta complexidade, como a quimioterapia e a radioterapia, o instrumento utilizado é a Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo (Apac) também do SIA, de acordo com as rotinas descritas no início deste livro; para o registro das internações por intercorrências ou tratamentos clínicos ou cirúrgicos do paciente oncológico utiliza-se o Sistema de Informação Hospitalar (SIH) que tem como seu principal instrumento a Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

A partir do monitoramento da produção é possível acompanhar a execução da programação para cada um dos serviços e estas informações são disponibilizadas pelo Datasus em meio magnético ou no *site* www.datasus.gov.br.

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



3.5.6 Fontes de financiamento da atenção oncológica

A maioria do atendimento oncológico é remunerada com recursos do teto de média e alta complexidade (teto MAC), sendo que apenas os exames de diagnóstico do câncer de colo uterino (papanicolaou), alguns procedimentos do tratamento das leucemias mielóides crônicas e dos tumores de estromas gastrointestinais (quimioterapia) e o transplante de medula óssea são financiados com recursos do Faec estratégico.

Apesar de a política proposta e de as portarias de regulamentação dessa política determinarem a implementação de ações de promoção, prevenção e ampliação do acesso a consultas médicas, exames para diagnóstico do câncer e tratamento, não houve até o momento a informação de quanto de recursos será disponibilizado pelo Ministério da Saúde para a implantação de mais essa rede de assistência, por unidade federada, e quando isto ocorrerá.

3.6 Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência

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

No Brasil, os dados do Censo de 1991, realizado pelo IBGE, indicaram um percentual de 1,14% de pessoas portadoras de deficiência. A diferença entre o dado do Censo e os números estimados pela OMS pode estar relacionada aos procedimentos metodológicos, como os critérios para definição da amostra e a própria



conceituação de deficiência. Os números estimados pela OMS e os encontrados no Censo parecem não representar, na média, a realidade do país no que diz respeito à prevalência de deficiências.

As principais causas de deficiências no Brasil são transtornos congênitos e perinatais, decorrentes da falta de assistência, ou assistência inadequada às mulheres na fase reprodutiva; doenças transmissíveis e crônicas não transmissíveis; perturbações psiquiátricas; abuso de álcool e drogas; desnutrição; traumas e lesões, principalmente nos centros urbanos mais desenvolvidos, onde são crescentes os índices de violência e acidentes de trânsito. Outra importante causa está relacionada ao aumento da expectativa de vida da população brasileira, relacionada a males crônico-degenerativos, como hipertensão arterial, diabetes, infarto, AVC, Alzheimer, câncer e outros (Portaria GM/MS n. 1060/2002).

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

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

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



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

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

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

Apesar de todas as medidas adotadas, desde então, ainda persistiram fatores que dificultaram o alcance de melhores resultados na atenção à saúde da pessoa portadora de deficiência e o efetivo aproveitamento dos recursos financeiros, técnicos, materiais e humanos, entre os quais se destacam: a desinformação da sociedade em geral, a precária distribuição de recursos financeiros, a visão limitada dos serviços sobre como e em que poderiam contribuir para a independência e qualidade de vidas destas pessoas.

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



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

As diretrizes estabelecidas pela política são:

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

Essa política compreende ações fundamentadas em todos os níveis da assistência, sendo as principais atividades de cada um deles:

- a) Atenção básica: intervenções de caráter individual, familiar, grupal e comunitária, com vistas a favorecer a inclusão social, exemplos: orientações para a mobilidade de portador de deficiência visual, prevenção de deformidade mediante posturas adequadas, estimulação da fala para portadores de distúrbios de comunicação. As ações serão desenvolvidas por familiares ou agentes comunitários capacitados e supervisionados, com avaliação constante e sistematizada.
- b) Atenção secundária: planejamento de abrangência local e regional, de caráter complementar à atenção básica e ao atendimento terciário, tendo em conta um sistema de referência e contra-referência. As ações neste nível deverão ser executadas por equipe multiprofissional (fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo) e será fundamental neste nível o fornecimento de órteses, próteses, equipamentos auxiliares, bolsas de ostomias e demais itens de tecnologia assistida necessária
- c) Atenção terciária: ambulatorial e hospitalar, capacitado para prestar atendimento aos casos de reabilitação que justifiquem uma intervenção mais freqüente e intensa, requerendo tecnologia de alta complexidade e recursos humanos mais especializados. Importante que tenha caráter docente e assistencial, vinculado aos

centros universitários ou formadores de recursos humanos e, ainda, promovam, em conjunto com os demais níveis, formulação de instrumentos de avaliação da eficiência e eficácia do processo de reabilitação e impactos alcançados na região.

Estes serviços estarão estruturados por especificidades da deficiência e deverão dispor na sua estrutura de apoio, aqueles inerentes, como, por exemplo, às áreas de neurologia, foniatria, ortopedia e traumatologia. A organização e o funcionamento dos serviços compreenderão, também, a assistência domiciliar e as unidades assistenciais filantrópicas poderão integrar, de forma complementar, a rede de serviços.

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

3.6.3.1 SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO FÍSICA

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

Deve dispor de instalações físicas apropriadas, equipamentos básicos para reabilitação e recursos humanos com especialização e/ou capacitação na área de reabilitação, devendo integrar-se ao Programa de Saúde da Família e à rede regionalizada e hierarquizada de assistência ao portador de deficiência física, realizando: prescrição, avaliação, adequação, treinamento, acompanhamento e dispensação de órteses e próteses e meios auxiliares de locomoção.

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

A Portaria SAS/MS n. 185/2001, em sua republicação de 05 de abril de 2002, não contemplou a classificação deste tipo de unidade nos serviços de reabilitação de referência e não exige mais habilitação deste tipo específico de serviço, permitindo que outras unidades de saúde realizem procedimentos de reabilitação, previstos em código específico na portaria.

3.6.3.2 SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO FÍSICA – NÍVEL INTERMEDIÁRIO

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

3.6.3.3 SERVIÇOS DE REFERÊNCIA EM MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO

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

3.6.3.4 LEITOS DE REABILITAÇÃO EM HOSPITAL GERAL OU ESPECIALIZADO

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

3.6.3.5 ALGUNS PARÂMETROS PARA O PLANEJAMENTO DA REDE

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

- população;
- necessidade de cobertura assistencial;
- nível de complexidade dos serviços;
- distribuição geográfica dos serviços.

Segundo definições da Portaria GM/MS n. 818/2001, é necessário, no mínimo, um serviço do nível de referência intermunicipal para cada módulo assistencial (NOAS-SUS 01/2001) e, para os demais serviços, níveis: intermediário e referência. O quantitativo máximo por UF está definido no anexo II da portaria.

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

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

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

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

As norma vigentes prevêm:

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

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

3.6.5 Financiamento

Por meio da Portaria SAS/MS n. 185/2001, o Ministério da Saúde altera a tabela de procedimentos do SIA/SUS, no que se refere aos procedimentos de reabilitação física, define nova descrição e classificação dos serviços, bem como inclui novos procedimentos e altera a redação e valores de outros.

Estabelece, ainda, que o procedimento 19.141.01-7 – Atendimento a pacientes que demande cuidados intensivos de reabilitação visual e/ou auditiva e/ou mental e/ou autismo, será cobrado através do SIA/SUS, por meio do Boletim de Produção Ambulatória (BPA); não há exigência de habilitação de serviço específico, conforme já referido anteriormente. Já os demais procedimentos, incluindo as órteses e próteses, são cobrados através do Apac/SIA/SUS, e exige-se habilitação do serviço, conforme Portaria GM/MS n. 818/2001.

Com exceção das órteses, próteses e/ou meios auxiliares de locomoção, que oneram os limites de MAC, os demais procedimentos são financiados pelo Faec.

3.7 Política Nacional de Saúde Bucal

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

3.7.1 Ações de Saúde Bucal

3.7.1.1 ATENÇÃO BÁSICA

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

- a) Ações de promoção, proteção e prevenção à saúde, como a fluoretação das águas, a educação em saúde, a higiene bucal supervisionada, a aplicação tópica de flúor e a prevenção e controle de câncer bucal;
- b) Ações de recuperação, envolvendo diagnóstico e tratamento das doenças e de reabilitação:
 - implantação e aumento da resolubilidade do pronto atendimento;

- inclusão de procedimentos mais complexos na atenção básica; pulpotomias, restauração de dentes com cavidades complexas ou pequenas fraturas dentárias e a fase clínica de instalação de prótese dentária elementar, bem como o tratamento periodontal que não requeira procedimento cirúrgico;
- inclusão da reabilitação protética na atenção básica;
- ampliação do acesso, destacando-se os grupos: crianças de 0 a 5 anos, crianças e adolescentes de 6 a 18 anos, gestantes, adultos e idosos.

Por meio da Portaria GM/MS n. 74, de 20 de janeiro de 2004, o Ministério da Saúde, dando seqüência à nova política, reajusta os valores dos incentivos financeiros às Ações de Saúde Bucal no âmbito do Programa de Saúde da Família e inclui novo procedimento no PAB Variável.

3.7.1.2 ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA: TAMBÉM DEVEM SER AMPLIADAS E QUALIFICADAS

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

Para fazer frente ao desafio de ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados, o Ministério da Saúde normaliza, por meio de portarias, a implantação e/ou melhoria de centros de referência de especialidades odontológicas.

Por meio da Portaria GM/MS n. 1570/2004, o Ministério da Saúde estabeleceu critérios, normas e requisitos para a implantação e credenciamento de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD), e definiu que os critérios seriam revistos no prazo de seis meses, por comissão tripartite. A portaria em questão foi revogada pela Portaria GM/MS n. 599/2006, vigente a partir da competência fevereiro de 2006, que estabelece a estrutura da rede de atenção à Saúde Bucal.

3.7.2 Estruturação da rede de Atenção à Saúde Bucal

3.7.2.1 CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS

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

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

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

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

3.7.2.2 CONDIÇÕES PARA CREDENCIAMENTO DAS UNIDADES CEO E LRPD

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

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

3.7.3 Financiamento

O pagamento dos procedimentos de Saúde bucal são regulados por um conjunto de portarias.

A Portaria GM/MS n. 1.571/2004 estabeleceu condições iniciais de financiamento dos CEO, sendo revogada pela Portaria GM/MS n. 600/2006, vigente a partir da competência fevereiro de 2006, a saber.

a) Incentivo financeiro, destinado ao custeio dos serviços de saúde ofertados nos CEO, credenciados pelo Ministério da Saúde, conforme segue:

- CEO Tipo 1 = R\$ 79.200,00;
- CEO Tipo 2 = R\$ 105.600,00;
- CEO Tipo 3 = R\$ 184.800,00;

Transferido automaticamente pelo Fundo Nacional de Saúde aos fundos municipal ou estadual de saúde, em parcelas mensais, correspondentes a 1/12 (um doze avos) dos respectivos valores, após o efetivo funcionamento do serviço, atestado pelo gestor junto ao Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde.

b) Incentivo financeiro de implantação, para os CEO credenciados pelo Ministério da Saúde, que deverão ser utilizados pelos municípios e estados na implantação das unidades de saúde habilitadas, da ordem de:

- CEO Tipo 1 = R\$ 40.000,00;
- CEO Tipo 2 = R\$ 50.000,00;
- CEO Tipo 3 = R\$ 80.000,00;

Caberá um único incentivo de implantação por unidade e os valores serão repassados em parcela única pelo FNS aos FMS ou FES.

Nos casos em que houver mudança do tipo de CEO, devidamente aprovada em CIB, será alterado somente o valor do incentivo financeiro destinado ao custeio dos serviços de saúde.

c) Produção mínima mensal, por procedimento, para cada modalidade de CEO, incluindo procedimentos de atenção básica e média complexidade (conforme definido no anexo da portaria).

d) Avaliação trimestral da produção dos CEO, por meio de relatório enviado ao DAB/SAS/MS.

A Portaria GM/MS n. 283/2005 define a antecipação do incentivo financeiro de implantação de CEO para estados e municípios que estiver dando curso ao processo de implantação e redimensionamento destes, cabendo o encaminhamento ao Departamento de Atenção Básica – Coordenação Nacional de Saúde Bucal/SAS/MS do pleito, aprovado nas CIB estaduais, contendo:

- Ofício do gestor solicitando adiantamento.
- Resolução CIB aprovando (cópia).
- Projeto (cópia).
- Termo de compromisso do gestor responsável, assegurando o início de funcionamento do CEO, no máximo, três meses após o recebimento do recurso.
- Encaminhar Planilha (anexo da portaria), devidamente preenchida, encaminhada dentro do prazo de três meses.
- O não-cumprimento do termo de compromisso acarretará em recolhimento pelo MS do recurso repassado.

A Portaria GM/MS n. 1.572/2004 estabelece o pagamento de próteses dentárias totais em Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) que teve seu anexo revogado pela Portaria GM/MS n. 930/2006). Inclui procedimentos de próteses dentárias na tabela SIA/SUS, financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec) e estabelece:

- limite máximo e mínimo produção de próteses;
- cobrança pelo Sistema de Informações Ambulatoriais, Subsistema Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo (SIA/Apac);
- unidades credenciadas de acordo com as normas vigentes para LRPD poderão ser financiadas pelo Faec;
- monitoramento, trimestral, da produção através de relatórios enviados ao DAB/SAS/MS.

A Portaria SAS/MS n. 562/2004, relativa às próteses dentárias, altera a redação de códigos da tabela de motivos de cobrança do subsistema Apac/SIA e inclui, na atividade profissional, o Protético; inclui também o preenchimento do Código Internacional de Doenças (CID) e do motivo de cobrança; define compatibilidade

de serviço/classificação com categorias profissionais; obriga o preenchimento do campo do Cartão Nacional de Saúde; e define formulário de controle de recebimento de prótese com assinatura do paciente.

A Portaria SAS/MS n. 411/2005 altera a tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

A Portaria GM/MS n. 2304/2005 autoriza excepcionalmente os estabelecimentos de saúde cadastrados no SCNES, relacionados no respectivo anexo, que tiveram produção dos procedimentos de próteses dentárias dos códigos alterados pela Portaria SAS/MS n. 411/2005, no SIA/SUS, no período de janeiro a julho de 2005, a apresentarem produção nos novos códigos, a partir da competência outubro de 2005. Para tanto, caberá:

- adequar-se as normas de credenciamento de LRPD;
- serem cadastrados pelos gestores no CNES como serviço de odontologia com a classificação específica, código 034-003-LRPD;
- ter Ficha de Programação Orçamentária (FPO) elaborada pelo gestor;
- adequar-se no prazo de 4 meses, às normas de credenciamento/habilitação de LRPD, sob pena de suspensão da programação.

A Portaria GM/MS n. 930/2006 prorroga o prazo estabelecido na Portaria GM/MS n. 2304/2005 para os serviços, relacionados em seu anexo, adequarem-se às normas vigentes para LRPD, para setembro de 2006. Finalmente, quanto à fonte do financiamento, no elenco de procedimentos realizados pelos CEO, parte são financiados pelo PAB ampliado, outros pelo limite financeiro de MAC, além do incentivo de custeio e de implantação, definido pela Portaria GM/MS n. 600/2006.

Já para o elenco de procedimentos realizados pelo LRPD, o financiamento é Faec.

3.7.4 Avaliação, controle e monitoramento da atenção a Saúde Bucal

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

Já para os procedimentos realizados nos LRPD, o registro dá-se no Sistema de Informações Ambulatoriais, subsistema Apac/SIA, de acordo com as rotinas descritas no capítulo 2 deste livro.

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

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

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

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

- Organizar uma linha de cuidados, que envolva todos os níveis de atenção (básica e especializada, de média e alta complexidade), ambulatorial e hospitalar, assistência farmacêutica, atenção às urgências e emergências, privilegiando o atendimento humanizado.
- Constituir redes estaduais ou regionais, hierarquizadas e organizadas, garantindo o acesso e o atendimento integral.
- Ampliar a cobertura do atendimento aos portadores de doenças do sistema músculo-esquelético.
- Desenvolver mecanismos de avaliação, controle, regulação e monitoramento dos serviços de atenção de alta complexidade em traumatologia-ortopedia.
- Criar uma Câmara Técnica para acompanhar a implantação e implementação dessa política.
- Criar o Guia de Boas Práticas na especialidade de traumatologia-ortopedia, contendo recomendações de indicação e contra-indicação de procedimentos de traumatologia-ortopedia, e estabelecer indicadores e o registro brasileiro de cirurgia traumatológica.
- Estabelecer atributos necessários ao credenciamento ou habilitação de serviços que prestam atendimento especializado em traumatologia-ortopedia.

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

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

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

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

a) Unidade de assistência em alta complexidade em traumatologia-ortopedia

- Unidade hospitalar que reúne condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada a doentes com afecções do sistema músculo esquelético, de forma articulada e integrada com o sistema local e regional. As unidades poderão prestar atendimento nos serviços de assistência de alta complexidade em traumatologia-ortopedia, sub-dividido nos seguintes conjuntos: coluna; cintura escapular, braço e cotovelo; antebraço, punho e coxa; cintura pélvica, quadril e perna; perna, tornozelo e pé; ortopedia infantil ou traumatologia ortopédica de urgência e emergência.

b) Centro de referência em alta complexidade em traumatologia-ortopedia

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

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

- a) Ambulatório Geral de Ortopedia para pacientes externos, ofertando 500 consultas/mês a cada 700 mil habitantes.
- b) Atendimento de, no mínimo, quatro dos conjunto de áreas a seguir:
 - Coluna.
 - Cintura escapular, braço e cotovelo.
 - Antebraço, punho e mão.
 - Cintura pélvica, quadril e coxa.
 - Perna, tornozelo e pé.
 - Ortopedia infantil.
 - Traumatologia ortopédica de urgência e emergência.
- c) Execução integral dos procedimentos de média e alta complexidade relacionados a cada tipo de serviço.
- d) Acompanhamento ambulatorial pré e pós-operatório continuado e específico.
- e) Atendimento em urgência e emergência em serviços habilitados para essa finalidade.
- f) Realização de, no mínimo, seis cirurgias/mês para cada conjunto de área credenciado.

As unidades de assistência de alta complexidade em traumatologia ortopedia poderão ser credenciadas para atendimento exclusivo em pediatria e/ou traumatologia ortopédica de urgência/emergência. A unidade, devidamente capacitada, poderá solicitar autorização para a realização de técnica de micro-cirurgia no conjunto de áreas em que se credencie.

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

- a) Ambulatório geral de ortopedia para pacientes externos, ofertando 500 consultas/mês a cada 700 mil habitantes.

b) Atender, no mínimo, a seis dos conjuntos de área abaixo, incluindo a microcirurgia ortopédica:

- Coluna.
- Cintura escapular, braço e cotovelo.
- Antebraço, punho e mão.
- Cintura pélvica, quadril e coxa.
- Perna, tornozelo e pé.
- Ortopedia infantil.
- Traumatologia ortopédica de urgência e emergência.

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

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

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

f) Realização de, no mínimo, quatro procedimentos mensais de alta complexidade e quatro de alta tecnologia e de alto custo para cada conjunto de área credenciado.

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

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

A relação de Órteses, Próteses e Materiais (OPM) e a relação de compatibilidade entre cada procedimento e as OPM estão disponibilizadas no endereço eletrônico do Ministério da Saúde, na internet (www.saude.gov.br/sas).

As unidades e os centros de referência devem atender, ainda, às exigências da Anvisa quanto a área física estabelecidas na RDC n. 50/2002, na RDC n. 307/2002 e RDC n. 189/2003 e na Resolução Conama nº 05/1993.

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

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

- 1) Número de serviços necessários por Unidade da Federação
 - a) Unidade de assistência de alta complexidade:
 - uma para cada 700 mil habitantes, sendo que uma unidade poderá produzir um número maior de procedimentos e deverá ser computada como múltiplo em tantas vezes a sua produção corresponda à produção mínima exigida.
 - b) Centro de referência:
 - uma para cada 5 milhões de habitantes, sendo que para os estados com número de habitante inferior deverá ser cadastrado, no máximo, um Centro.

- 2) Número de atendimento mínimo esperado por tipo de unidade
 - a) Atendimento ambulatorial de ortopedia que realize 500 consultas/mês para cada 700 mil habitantes.
 - b) Atendimento cirúrgico de, no mínimo, seis procedimentos cirúrgicos para cada conjunto de áreas para as unidades, quatro cirurgias de alta complexidade, quatro de alta tecnologia e alto custo para cada conjunto de áreas, quando se tratar de centros de referência.

3.8.4 Avaliação, controle e monitoramento da atenção em alta complexidade em traumatologia

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

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

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

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

3.8.5 Fontes de financiamento da atenção em alta complexidade em traumatologia

A maioria dos procedimentos ortopédicos é remunerada com recursos do teto de média e alta complexidade (teto MAC), sendo que apenas os atendimentos realizados para a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC) são financiados com recursos do Faec estratégico.

Apesar de a política proposta e de as portarias de regulamentação dessa política determinarem a implementação de ações e a ampliação do acesso à atenção ortopédica de alta complexidade, não houve, até o momento, a informação de quanto recurso será disponibilizado pelo Ministério da Saúde para a implantação de mais essa rede de assistência por Unidade Federada e quando isto ocorrerá.

3.8.6 Projeto de estruturação e qualificação dos serviços pré-existentes de ortopedia, traumatologia e reabilitação pós-operatória – Projeto Suporte

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

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

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

O Ministério da Saúde publicou a Portaria SAS/MS n. 856, de 23 de novembro de 2006, que prorroga, para a competência fevereiro de 2007, o prazo para o novo credenciamento/habilitação dos serviços de assistência de alta complexidade na rede de atenção em traumatologia-ortopedia.

3.9 Política Nacional de Atenção às Urgências

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

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

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

O Ministério da Saúde, visando organizar um sistema hospitalar de atenção às urgências e emergências, instituiu, pela Portaria GM/MS n. 1.692/1995, o Índice de Valorização Hospitalar de Emergência (IVH-E), variando entre 10 a 25% incidente sobre os valores de Serviços Hospitalares (SH), Serviços Profissionais (SP),

Serviços Auxiliares, Diagnósticos e Terapêuticos (SADT) e Procedimentos Especiais, do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), destinado somente às Regiões Metropolitanas, cabendo as CIB a indicação dos hospitais.

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

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

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

A portaria em questão foi revogada pela Portaria GM/MS n. 479/1999, que altera os mecanismos para a implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar em atendimento de urgência e emergência, os critérios para classificação/inclusão dos hospitais no sistema e a remuneração adicional, definindo o seguinte.

a) Percentual do adicional (20%, 35% e 50%), que incidirá sobre o valor dos procedimentos de emergência do Sistema de Internação Hospitalar (SIH/SUS), relacionados no anexo da portaria (teve seu anexo alterado pela Portaria SAS/MS 727, de 07.12.1999), excluindo órteses, próteses, hemoterapia e procedimentos especiais, além de não ser cumulativo ao IVH-E.

b) Classificação dos hospitais de referência:

- Tipo I: Hospital especializado, com atendimento U/E clínico e cirúrgico, nas áreas de pediatria, traumatologia e cardiologia – 20%;

- Tipo II: Hospitais gerais, com atendimento de U/E, clínico e cirúrgico – 35%;
- Tipo III: Hospitais gerais, com atendimento de U/E, clínico, cirúrgico e traumatologia com atribuições de capacitação, aprimoramento e atualização de recursos humanos em atividade de atendimento de U/E.

c) Os hospitais deverão preencher os requisitos da portaria e participar das centrais de regulação ou de mecanismos de garantia de referência.

d) Caberá à SAS/MS definir o número máximo de hospitais para compor o sistema, por UF.

e) Caberá ao gestor estadual, após aprovação na CIB, o encaminhamento à SAS/MS da proposta de composição do seu sistema.

f) As SES e SMS farão avaliações semestrais das unidades.

g) Caso a SES já tenha encaminhado a relação de hospitais para habilitação, em conformidade com a Portaria GM/MS n. 2925/98 e não presente, em 30 dias, uma nova proposta, a SAS/MS fará avaliação de acordo com a Portaria GM/MS n. 479/99, definindo a classificação.

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

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

A portaria e o respectivo regulamento estabelecem princípios, diretrizes, normas e critérios de funcionamento; classificação e cadastramento de serviços, por meio de uma rede assistencial integrada, estruturada desde a rede pré-hospitalar, unidades básicas de saúde, Programa de Saúde da Família, ambulatórios especializados, serviços de diagnósticos e terapias, unidades não hospitalares, serviços de atendimento pré-hospitalar móvel (Samu, resgate, ambulâncias do setor privado etc.), até a rede hospitalar de alta complexidade, capacitando e responsabilizando

cada um destes componentes da rede assistencial pela atenção de uma determinada parcela da demanda de urgência, respeitados os limites de sua complexidade e capacidade de resolução.

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

A Política Nacional de Atenção às Urgências foi publicada como livro, acessível no *site* da Editora do Ministério da Saúde, no item de Produtos – Livros – Série E. Legislação de Saúde – Política Nacional de Atenção às Urgências – 3ª edição, 2004, (<http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/genero/livros.htm>).

3.9.2 Estruturação do Sistema Estadual de Urgência e Emergência

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

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

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

a) Unidades gerais

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

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

- Unidades hospitalares de referência em atendimento às urgências e emergências de tipo I.
- Unidades hospitalares de referência em atendimento às urgências e emergências de tipo II.
- Unidades hospitalares de referência em atendimento às urgências e emergências de tipo III.

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

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

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

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

- Implantar os sistemas estaduais de urgência e emergência.
- Organizar as redes assistenciais deles integrantes.
- Organizar/habilitar e cadastrar os serviços, em todas as modalidades assistenciais, que integrarão estas redes.
- Designar, em cada estado, o respectivo coordenador do Sistema Estadual de Urgência e Emergência.
- Adotar, no prazo de dois anos providências necessárias para o pleno cumprimento do disposto na portaria (para novos serviços vigora a portaria em questão).

3.9.3 O estabelecimento da Política Nacional de Atenção às Urgências

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

- Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências a ser implantada em todas as Unidades Federadas, respeitadas as competências das três esferas de governo.
- Estabelece que a referida política será composta pelos sistemas de atenção às urgências e emergências estaduais, regionais e municipais organizadas.
- Define que a política de que trata a portaria deve ser instituída a partir dos componentes fundamentais estabelecidos no regulamento técnico dos sistemas estaduais e urgências e emergência, publicado pela Portaria GM/MS n. 2048/2002.

- Delega à SAS/MS, por intermédio do Departamento de Atenção Especializada e da Coordenação Geral de Urgência e Emergência, a adoção de providências necessárias à plena estruturação da Política Nacional de Atenção às Urgências.

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

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

FINANCIAMENTO DO ATENDIMENTO MÓVEL (SAMU), POR MEIO DE RECURSOS PARA INVESTIMENTOS E CUSTEIO:

1) Investimento:

a) Aquisição pelo MS:

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

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

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

Aquisição de equipamentos:

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

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

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

2) Custeio

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

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

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

- R\$ 12.500,00 por Equipe de Suporte Básico
- R\$ 27.500,00 por Equipe de Suporte Avançado
- R\$ 19.000,00 por Equipe da Central SAMU 192

d) Contrapartida dos estados e municípios para complementar o custeio, deverá ser pactuada nas CIB e estar expressa nos Projetos;

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

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

Tanto os recursos de Investimento quanto os de custeio terão seus repasses limitados às Secretarias de Saúde qualificadas, que se responsabilizarem pela gestão e gerência do Samu e das centrais Samu 192, definidas nos projetos, adequados aos pré-requisitos e compromissos previstos no Art. 6º da Portaria GM/MS n. 1.828/2004. Na portaria foi definido, ainda, prazo para encaminhamento dos projetos até 20.12.2003.

3) Fluxo dos Projetos para habilitação

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

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

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

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

3.9.4 Síntese do financiamento

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

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

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

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

3.10 Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica

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

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

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

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

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

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

- a) Atenção básica:
 - ações voltadas a promoção, prevenção e ações clínicas básicas, tendo como rede de assistência os centros de saúde/unidades básicas de saúde, postos de saúde e, em especial, as equipes de Saúde da Família.
- b) Média complexidade:
 - ações de atenção diagnóstica e terapêutica especializada, organizadas segundo Plano Diretor de Regionalização (PDR).
- c) Alta complexidade:
 - garantir acesso aos procedimentos neurológicos, neurointervencionistas e neurocirúrgicos, cuja assistência se dará por meio de unidades de assistência de alta complexidade em neurocirurgia e de centros de referência de alta complexidade em neurologia.
- d) Plano de Prevenção e Tratamento das Doenças Neurológicas.
- e) Regulamentação suplementar pelos estados, Distrito Federal e municípios.
- f) Regulação, Controle e Avaliação das ações.
- g) Sistema de Informações que possa subsidiar tomada de decisões dos gestores.
- h) Diretrizes de condutas.
- i) Capacitação e Educação Permanente, alicerçada aos Pólos de Capacitação.

j) Acesso aos medicamentos da assistência Farmacêutica Básica e Medicamentos Excepcionais.

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

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

A Portaria SAS/MS n. 046/1994, incluiu na tabela do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), os procedimentos para tratamento da Epilepsia e por meio da Portaria SAS/MS n. 050/1997 revê os critérios para cadastramento de hospitais para realização dos procedimentos de Epilepsia no Sistema Único de Saúde.

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

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

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

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

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

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

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

Características dos serviços da rede:

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

- a) Serviço de assistência de alta complexidade em neurocirurgia do trauma e anomalias do desenvolvimento.
- b) Serviço de assistência de alta complexidade em neurocirurgia da coluna e dos nervos periféricos.
- c) Serviço de assistência de alta complexidade em neurocirurgia dos tumores do sistema nervoso.
- d) Serviço de assistência de alta complexidade em neurocirurgia vascular.
- e) Serviço de assistência de alta complexidade em neurocirurgia da dor funcional.

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

- a) Serviço de assistência de alta complexidade em investigação e cirurgia de epilepsia.
- b) Serviço de assistência de alta complexidade em tratamento endovascular.
- c) Serviço de assistência de alta complexidade em neurocirurgia funcional estereotáxica.

3) Estrutura assistencial – as unidades e os centros deverão oferecer assistência especializada e integral, por ações diagnósticas e terapêuticas, aos pacientes, atuando nas modalidades de assistência neurológica e neurocirúrgica de alta complexidade, alta tecnologia e alto custo, para as quais foram credenciadas, sendo obrigatória as seguintes ações:

- a) Realizar anualmente, no mínimo, 150 procedimentos de alta complexidade, listados no anexo VII, para pacientes SUS.
- b) Realizar atendimento de urgência e emergência, nas 24 horas, aos pacientes que necessitem de procedimentos para os quais foram credenciadas.
- c) Realizar atendimento ambulatorial em neurologia e neurocirurgia, oferecendo 500 consultas eletivas/mês para cobertura de 800.000 habitantes.
- d) Assegurar atendimento pós-operatório na unidade.
- e) Oferecer exames de diagnose e terapia em neurologia, para cada conjunto de 150 procedimentos de alta complexidade:
 - 100 exames/mês de eletroencefalograma;
 - 60 exames/mês de ecodopler arterial;
 - 50 exames/mês de eletroneuromiografia.
- f) Oferecer reabilitação.
- g) Integrar-se ao sistema de referência e contra-referência.
- h) Desenvolver e participar de programas de prevenção.
- i) Oferecer, especificamente para serviço de epilepsia: 100 consultas/mês para 800.000 habitantes; atendimento em neurofisiologia clínica, neuropsicologia, medicina de suporte e acompanhamento clínico.

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

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

As unidades para serem credenciadas/habilitadas deverão cumprir as exigências específicas para cada um dos serviços que pretende oferecer ao SUS, estabelecidas na Portaria MS/SAS n. 756/2005 e nos seus anexos I e II, e serão avaliadas conforme roteiros de inspeção/vistoria estabelecidos nos anexos IIIA e IIIB, da mesma norma técnica. Esta portaria possui no total 10 anexos, com outros itens relativos aos procedimentos realizados pelas unidades. Os anexos V, VI e VII da portaria, foram republicados no DOU n. 100, de 26.05.2006.

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

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

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

a) Número de serviços necessários por Unidade da Federação

- Centro de referência: 1 para cada 5.000.000 de habitantes, sendo que para os estados com número de habitante inferior a 5 milhões deverá ser cadastrado, no máximo, um Centro.
- Unidade de assistência de alta complexidade em neurocirurgia: 1 para cada 800.000 habitantes.

b) Avaliação, controle e monitoramento da assistência

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

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

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

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

Deverão ser observadas as diretrizes específicas, constantes do anexo IV da Portaria SAS/MS n. 756 e 757/2005, sendo esta última republicada em 03.02.2006.

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

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

3.10.4 Fontes de financiamento da assistência em Neurologia

A maioria dos procedimentos da assistência neurológica são remunerados com recursos de média e alta complexidade (teto MAC), com exceção dos procedimentos endovasculares, epilepsia, neurofuncional, radiocirurgia estereotáxica e pacientes encaminhados pela CNRAC, que são financiados com recursos do Faec estratégico.

Apesar de a política proposta e de as portarias que a regulamentam determinarem a implementação de ações de promoção, prevenção e detecção precoce de doenças neurológicas e ampliação do acesso a alta complexidade para seu tratamento, não houve, até o momento, a informação sobre os recursos que serão disponibilizados pelo Ministério da Saúde para a implantação desta rede de assistência, por Unidade Federada, e não há previsão de data para esta definição.

O prazo inicial para credenciamento e habilitação dos serviços de assistência de alta complexidade em neurologia, em conformidade com a Portaria SAS/MS n. 756/2005 era 30/06/2006. Este prazo foi prorrogado para 30/09/2006, pela Portaria SAS/MS n. 502/2006 e para 28/02/2007, pela Portaria SAS/MS n. 714/2006.

3.11 Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte

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

3.11.1 Condições para a integração dos hospitais à Política Nacional

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

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

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

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

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

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

Para a definição do número de leitos que serão objeto da orçamentação, o gestor deverá considerar o parâmetro de necessidade de internações de baixa e média complexidade, estimado em 5% da população da área de abrangência ao ano e uma taxa de ocupação de 80% e a média de permanência de cinco dias (inicialmente previsto quatro dias, mas houve a retificação dessa regra no DOU de 21/07/04). Para os estados participantes da Amazônia Legal, o parâmetro de cobertura de internações é de 6% da população de abrangência (Portaria MS/GM nº 1.955/2006).

3.11.2 Financiamento

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

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

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

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

3.11.3 Outras normas relativas à adesão ao plano

A Secretaria de Atenção a Saúde, por meio da Portaria MS/SAS n. 94/2005, estabeleceu um fluxo operacional para a apresentação e envio do termo de adesão, que é o instrumento proposto para que o gestor estadual manifeste o compromisso da contrapartida financeira do impacto dessa proposta e a relação dos municípios e estabelecimentos de saúde que participarão da Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte, a população abrangida, e as informações sobre o faturamento

mensal e o impacto financeiro da proposta, do Plano de Trabalho, cujo modelo está disponível em meio eletrônico no *site* (www.saude.gov.br/hpp), que deverá ser apreciado e aprovado nos respectivos Conselhos Municipais de Saúde e na Comissão Intergestores Bipartite e do contrato firmado entre o gestor de saúde e o prestador de serviços de saúde.

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

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

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

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

3.12 Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

Segundo o Ministério da Saúde, o Brasil envelhece de forma rápida e intensa. No Censo de 2000, contava com mais de 14,5 milhões de idosos, em sua maioria com baixo nível socioeconômico e educacional e com uma alta prevalência de doenças crônicas e causadoras de limitações funcionais e de incapacidades.

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

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

O sistema de saúde brasileiro tradicionalmente está organizado para atender à saúde materno-infantil e não tem considerado o envelhecimento como uma de suas prioridades. Segundo dados citados pelo Ministério da Saúde, a população idosa atualmente representa cerca de 9% da população e consome mais de 26% dos recursos de internação hospitalar no SUS.

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

No Brasil, é definida como idosa a pessoa que tem 60 anos ou mais de idade (Lei n. 8.842/94). A Política Nacional do Idoso, promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, assegura direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS (Lei n. 8.842/94 e Decreto n. 1.948/96).

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

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

- Hospitais Gerais;
- Centros de referência em assistência à Saúde do Idoso, adequado a oferecer diversas modalidades assistenciais: Internação hospitalar, atendimento ambulatorial especializado, hospital dia e assistência domiciliar, constituindo-se em referência para a rede de assistência à Saúde do Idoso.

e) A Portaria GM/MS n. 702/2002 determina, ainda, que a SAS/MS defina as normas para cadastramento dos centros de referência de assistência à Saúde do Idoso, o que ocorreu por meio da Portaria SAS/MS n. 249/2002 e seus anexos.

f) A Portaria SAS/MS n. 249/2002, prevê também:

- a assistência domiciliar geriátrica realizada pelos centros de referência de assistência à Saúde do Idoso, por período de atenção necessária (curta, média e longa permanência), criando os respectivos códigos de procedimentos por meio da Portaria GM/MS n. 738/2002, que também altera a descrição dos procedimentos de hospital dia Geriátrico, passando a hospital dia geriátrico realizado em centro de referência;
- a assistência ao portador de doença de Alzheimer, elegendo o centro de referência como o responsável pelo diagnóstico, tratamento/acompanhamento dos pacientes, orientação a familiares e cuidadores, estabelecendo que os medicamentos para esta patologia serão adquiridos pelas Secretarias Estaduais de Saúde e do DF, por meio do Programa de Medicamentos Excepcionais e a dispensação poderá ser feita pelas próprias secretarias ou, mediante acordos operacionais, pelos centros de referência.

g) A Portaria GM/MS n. 87/2003 designa a Fundação Nacional de Saúde/Centro Nacional de Epidemiologia/Programa Nacional de Imunização, como entidade responsável pela coordenação das ações de prevenção das doenças evitáveis para imunização na população acima de 60 anos, incluindo as preconizadas pela OMS: antipneumocócica e antigripal, revogando a Portaria GM/MS n. 99/1999 que tratava do mesmo assunto.

h) A Lei n. 1.0741/2003, que estabeleceu o Estatuto do Idoso, reafirma os direitos dos idosos na área de Saúde, estabelecendo entre seus itens, a necessidade do atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios, de unidades geriátricas de referência, com pessoal especializado nas áreas de Geriatria e Gerontologia Social e de atendimento domiciliar, bem como a reabilitação orientada pela Geriatria e Gerontologia, para redução das seqüelas decorrentes do agravo da saúde.

i) A Portaria GM/MS n. 2.206/2003 institui grupo de trabalho para implementação do Estatuto do Idoso, Lei n. 1.0741/2003, no âmbito do SUS, e a Portaria GM/MS n. 2.205/2003 cria o grupo de trabalho para formular uma proposta de Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso abrigados e acolhidos por Instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e conveniadas com o poder público.

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

parcela da população idosa que teve, por uma série de razões, um processo de envelhecimento marcado por doenças e agravos que impõem sérias limitações ao seu bem estar.

Esta portaria, além de aprovar a política em questão:

- determina que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde (MS), cujas ações se relacionem com o tema objeto da política, elaborem ou readequem seus programas, projetos e atividades em conformidade com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas;
- fixa prazo de 60 dias, a contar da data de publicação desta portaria, para que o MS adote providências necessárias à revisão das Portarias GM/MS n. 702/2002 e SAS/MS n. 249/2002, compatibilizando-as com as diretrizes estabelecidas na política.

3.12.2 Características da Política de Atenção às Pessoas Idosas

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

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

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

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

- reestruturação e implementação das redes estaduais de atenção à saúde da pessoa idosa, visando a integração efetiva com a atenção básica e os demais níveis de atenção, garantindo a integralidade da atenção, por meio do estabelecimento de fluxos de referência e contra-referência;
- implementação, de forma efetiva, de modalidades de atendimento que correspondam às necessidades da população idosa, com abordagem multiprofissional e interdisciplinar, sempre que possível;
- contemplação de fluxos de retaguarda para a rede hospitalar e demais especialidades, disponíveis no Sistema Único de Saúde.

3.12.3 Avaliação, controle e monitoramento da assistência

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

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

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

Para o registro das informações são utilizados os sistemas de informações do Ministério da Saúde, sendo que para os procedimentos ambulatoriais de média complexidade, como as consultas médicas e os exames de diagnóstico, usa-se o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) do SIA; já para os procedimentos ambulatoriais de alta complexidade como medicamento excepcional o instrumento utilizado é a Apac – Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo também do



SIA, de acordo com as rotinas descritas no Capítulo 2 deste livro, enquanto que para o registro das internações, incluindo hospital dia geriátrico e internação domiciliar o sistema utilizado é o Sistema de Informação Hospitalar (SIH), que tem como seu principal instrumento a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), cabendo habilitação/credenciamento das unidades hospitalares nas respectivas modalidades de atendimento.

3.12.4 Fontes de financiamento

Os procedimentos de assistência domiciliar geriátrica e hospital geriátrico, realizados em centros de referência em assistência à Saúde do Idoso, bem como dos medicamentos excepcionais, são financiados com recursos do Faec estratégico. Os demais procedimentos, oneram os limites financeiros de MAC dos respectivos estados.

3.13 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

Segundo o Ministério da Saúde, no Brasil, a Saúde da Mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada nesse período às demandas relativas à gravidez e ao parto, evoluindo para os programas materno-infantis a partir da década de 30.

Posteriormente, as mulheres organizadas reivindicaram sua condição de sujeitos de direito, com necessidades que extrapolavam o momento da gestação e parto, demandando ações que lhes proporcionassem a melhoria das condições de saúde em todos os ciclos da vida.





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

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

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

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

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

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

- Promover a melhoria das condições de vida das mulheres brasileiras, mediante garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação de acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo o território brasileiro.



- Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie.
- Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à Saúde da Mulher no SUS.

O documento completo e outros textos explicativos desta política estão disponíveis no *site* (www.saude.gov.br/editora/produtos/livros/genero/s_mulher.htm).

A Portaria GM n. 399/2006 estabeleceu o Pacto pela Saúde, definido em três dimensões: Pacto em Defesa do SUS, Pacto pela Vida e Pacto pela Gestão, sendo que o Pacto pela Vida está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos e metas, e dentre as prioridades elencadas neste Pacto para 2006, encontram-se, especificamente relativos à Saúde da Mulher:

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

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

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

No presente texto, será dado destaque apenas aos componentes de média e alta complexidade da atenção à Saúde da Mulher. Para visão geral e, principalmente, para as questões assistenciais referentes à atenção primária ou básica em Saúde da Mulher, sugere-se a leitura dos documentos sobre a política nacional (disponíveis no *site* acima referido), bem como os textos e livros editados pelo Ministério da Saúde, referentes ao Programa de Saúde da Família (PSF), que podem ser obtidos no *site* (<http://dtr2004.saude.gov.br/dab>), do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

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

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

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

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

As portarias em questão definem também:

- Critérios para inclusão dos hospitais nos sistemas estaduais de referência hospitalar para cada nível de referência, cabendo o encaminhamento pelo gestor estadual, à Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, de propostas de seu sistema estadual de referência hospitalar no atendimento à gestante de alto risco, aprovada em CIB.
- Caberá a SAS/MS a definição do quantitativo de hospitais por UF.
- Novos procedimentos para gestante de alto risco a serem cobrados somente por hospitais credenciados de acordo com os critérios estabelecidos.
- As SES/SMS realizarão avaliações semestrais das unidades, quanto ao cumprimento das exigências da portaria.

3.13.2.2 PLANEJAMENTO FAMILIAR

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

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

3.13.2.3 HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO

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

A Portaria GM/MS n. 985/1999 cria o Centro de Parto Normal (CPN), definindo as normas, critérios, atribuições e características destes, cabendo as SES e SMS encaminharem ao Ministério da Saúde a proposta de implantação, inserindo-os nos sistemas locais de saúde. Determina, ainda, que caberá as SES e SMS as providências necessárias ao credenciamento dos CPN e estabelece forma de remuneração das atividades desenvolvidas no mesmo, por meio de inclusão de códigos de procedimentos na tabela do SIH/SUS.

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

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

3.13.2.4 FLUXO DE CREDENCIAMENTO

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

A Portaria GM/MS n. 2.418/2005 regulamenta o Artigo 1º da Lei n. 11.108/2005, que trata da presença de acompanhante para gestante, durante o período de internação para o parto e puerpério imediato nos hospitais do SUS;

A Portaria SAS n. 238/2006 inclui na tabela do SIH/SUS, a diária de acompanhante para gestante.

3.13.3 Avaliação, controle e monitoramento da assistência

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

Também para os centros de partos normais, devidamente credenciados, existem códigos específicos no SIH/SUS.

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

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

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

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

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

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

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

3.13.4 Financiamento

Com exceção dos procedimentos relacionados ao Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, componente I, que são financiados pelo Faec, sendo para o município: no início do pré-natal, para gestante cadastrada, R\$ 10,00; na conclusão do ciclo, R\$ 40,00; e para a Maternidade, R\$ 40,00. Os demais procedimentos oneram o limite de MAC.


Com relação a prevenção de câncer, os exames de papanicolaou e cirurgia de alta frequência (CAF), são financiados pelo Faec, já a mamografia onera o limite de MAC.





4

OUTRAS ÁREAS DE ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

- 
- 4.1. Assistência em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI)
 - 4.2. Redes estaduais de assistência a queimados
 - 4.3. Assistência de alta complexidade ao portador de obesidade grave
 - 4.4. Assistência de alta complexidade em terapia nutricional
 - 4.5. Programa Nacional de Triagem Neonatal
 - 4.6. Sistema Nacional de Transplante
 - 4.7. Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos
 - 4.8. Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais de Ensino Públicos e Privados no Sistema Único de Saúde
 - 4.9. Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde
 - 4.10. Área de Saúde da Criança
 - 4.11. Saúde do Trabalhador
 - 4.12. Programa de Assistência Ventilatória não Invasiva
 - 4.13. Rede de assistência em oftalmologia
 - 4.14. Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário
 - 4.15. Assistência ao portador de lesão lábio-palatal ou crânio-facial



Neste capítulo, apresentamos as áreas assistenciais de média e alta complexidade do SUS, que não estão incluídas em políticas nacionais, publicadas pelo Ministério da Saúde, sendo, neste sentido, ainda mais fragmentadas, por não possuírem nenhuma norma unificadora.

Algumas dizem respeito a problemas de saúde (queimados, obesidade grave, dor e cuidados paliativos); outras, a questões assistenciais (triagem neonatal, terapia intensiva, terapia nutricional, transplantes) de aperfeiçoamento e otimização da rede SUS (contratualização de hospitais).

Relação de áreas incluídas:

- Assistência em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI).
- Redes estaduais de assistência a queimados.
- Assistência de alta complexidade ao portador de obesidade grave.
- Assistência de alta complexidade em terapia nutricional.
- Programa Nacional de Triagem Neonatal.
- Sistema Nacional de Transplante.
- Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos.
- Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais de Ensino Públicos e Privados no Sistema Único de Saúde.
- Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde (SUS).

- Área de Saúde da Criança.
- Saúde do Trabalhador.
- Programa de Assistência Ventilatória Não Invasiva.
- Rede de assistência em oftalmologia.
- Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário.

4.1 A assistência em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI)

A terapia intensiva pode ser considerada uma especialidade jovem, cujo processo de implantação e implementação, em nível nacional, foi lento e consubstanciado de forma mais consistente, pelas práticas americanas na área de atenção à saúde.

As Unidades de Tratamento Intensivo, de um modo geral, são avaliadas e credenciadas por características tecnológicas, de engenharia, pela conformação de sua equipe assistencial, pelo número de leitos, pela disponibilização de equipamentos, entre outros.

Até 1998, no SUS, o instrumento que determinava os pré-requisitos para credenciamento de leitos de terapia intensiva foi a Circular n. 01, de 1991, do Inamps, por meio de *check list* específico para UTI Adulto e UTI Pediátrica e Neonatal. Entretanto, o dado disponível nesta época dizia respeito ao número de leitos credenciados (total de leitos de UTI), não especificando a faixa etária de clientela para atendimento.

Posteriormente às instalações físicas foram estabelecidas pela Portaria GM/MS n. 1.884/1994.

4.1.1 Normas vigentes no SUS para as Unidades de Tratamento Intensivo

Considerando a necessidade de estabelecer novos critérios de classificação entre as UTI existentes, de acordo com a incorporação de tecnologia, a especialização dos recursos humanos e a área disponível, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS n. 3.432/1998, vigente até a presente data, com as seguintes definições.

- a) Os critérios de classificação entre as diferentes UTI, em tipos: I, II e III, sendo o tipo III a de maior complexidade assistencial.
- b) As UTI cadastradas pelo SUS, até aquela data, foram automaticamente classificadas em Tipo I;
- c) As unidades que comprovassem o cumprimento das especificações definidas na Portaria poderiam ser credenciadas pelo gestor, nos tipos II e III;
- d) As UTI II e III passaram ainda a ter as seguintes especificidades a seguir:

- grupos etários: neonatal, pediátrico, adulto;
- **especializada: voltada para pacientes atendidos por determinadas especialidades ou pertencentes a grupos específicos de doenças (exemplo: cardiologia, queimados etc.).**

- e) O Ministério da Saúde disponibilizou, na ocasião de publicação da referida portaria, um roteiro específico para preenchimento quando da elaboração do processo de credenciamento das unidades.

Outras normas que regulam o credenciamento e o funcionamento das UTI:

- a) As UTI devem atender ainda as exigências da Anvisa quanto a área física, estabelecidas na RDC n. 50/2002, alteradas pelas RDC n. 307/2002 e RDC 189/2003, que substitui a Portaria GM/MS n. 1884/1994, revogada pela Portaria GM/MS n. 554/2002.

b) A Portaria GM/MS n. 2.919/1998 inclui na tabela de procedimentos SIH/SUS, valores diferenciados para remuneração dos procedimentos de diárias de UTI tipo II e III.

c) A Portaria MS/SAS n. 494/1999 define a necessidade de formalizar a rede de referência aos serviços terceirizados das UTI, como, por exemplo: estudo hemodinâmico, ressonância magnética etc.

d) A Portaria GM/MS n. 1.091/1999 cria a Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal, definindo, em seu anexo I, as normas e os critérios para inclusão dessas unidades no SUS, delegando ao gestor estadual e/ou municipal a definição e o cadastramento dessas unidades, mediante aprovação na Comissão Intergestores Bipartite. A Portaria SAS/MS n. 629/2006 descentraliza para os gestores municipais e estaduais a habilitação dessas unidades no CNES e destina, ainda, recursos financeiros para custeio dessas unidades, a serem incorporados aos limites financeiros de média e alta complexidade dos estados, conforme distribuição no anexo II da portaria.

Ressalte-se que o recurso financeiro liberado não foi suficiente para atender a demanda dos estados e municípios, além da medida não contemplar cuidados intermediários para pacientes pediátricos e adultos, o que, até o momento, representa um problema para os prestadores e gestores do SUS, que prestam esta assistência não contemplada no sistema.

e) A Portaria GM/MS n. 332/2000 modifica a Portaria GM/MS n. 3.432/1998, no que se refere à exigência do responsável técnico e médico diarista, para Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal, permitindo, além do especialista em Medicina Intensiva ou com habilitação em Medicina Intensiva Pediátrica, o Médico Especialista em Pediatria, com área de atuação em Neonatologia, conferidos pela Associação Médica Brasileira.

f) A Portaria GM/MS n. 905/2000, visando ampliar os avanços na captação de órgãos e na realização de transplantes, estabelece a obrigatoriedade da existência e efetivo funcionamento de Comissão Intra-hospitalar de Transplantes, como exigência para cadastramento de Unidade de Tratamento Intensivo tipo II e III. Definiu, ainda, o prazo de 90 dias a partir da publicação da portaria para que os hospitais já cadastrados providenciassem a adequação àquela norma.

g) A Portaria GM/MS n. 598/2006 descentralizou os processos administrativos relativos à gestão do SUS para definição e pactuação no âmbito das Comissões Intergestores Bipartites, incluindo a análise e aprovação do credenciamento dos leitos de Unidade de Tratamento Intensivo.

4.1.2 Alguns parâmetros para o planejamento e avaliação de necessidade de leitos de Tratamento Intensivo

A Portaria GM/MS n. 1.101/2002 estabelece o número de leitos de UTI como 4% a 10% do total de leitos hospitalares (média para municípios grandes e regiões), que é definida na mesma Portaria como de 1,5 a 3 leitos por 1.000 habitantes.

Para leitos de UTI Neonatal, o Ministério da Saúde, quando criou o Programa Nacional de Humanização ao Pré Natal e Nascimento (PNHPN), Portaria GM/MS n. 569/2000, adotou o parâmetro da Sociedade Americana de Pediatria, para definir a necessidade de leitos, sendo 1 a 2 leitos por 1.000 nascidos vivos.

Estudo, realizado no Rio de Janeiro, em 2002, sobre Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal, concluiu a necessidade de 1 leito para cada 3.000 crianças entre 0 a 14 anos, sendo 80% neonatais e 20% pediátricos, dos quais 35% intensivos e 65% semi-intensivos.

O estudo revela ainda que o Canadá estima 4,7 leitos por 1.000 nascidos vivos, sendo 15% intensivos (0,7:1000 NV) e 85% semi-intensivos (4:1000 NV) e os EUA estimam 2:1000 NV, ambos considerando 7% a taxa de nascimentos prematuros. Já na Europa, foi relatada a necessidade de 1,1 leitos intensivos por 1000 NV. (BARBOSA et al, 2002)

4.1.3 Fontes de financiamento das Unidades de Tratamento Intensivo (UTI)

Os valores de diárias de UTI compõem o valor da internação hospitalar, portanto, poderá onerar o limite de média e alta complexidade ou Faec, dependendo do procedimento principal de internação.

A cobrança da diária de UTI tipo I ocorre no Campo Médico Auditor da AIH. O valor de remuneração, pela tabela SIH/SUS, até o 3º dia de internação, é maior, sendo reduzido a partir do 4º dia.

Já para as diárias de UTI tipo II e III, a cobrança é por meio do preenchimento do campo de serviços profissionais, da AIH, sendo que, até agosto de 2005, a remuneração era diferenciada para os tipos II e III. A partir de setembro de 2005, por meio da Portaria GM/MS n. 1.613/2005, o Ministério da Saúde unificou os valores e diárias do Tipo II e III.

Salienta-se que, para os procedimentos de transplantes e retransplantes de fígado, pulmão, coração ou medula óssea, nos componentes serviços hospitalares, serviços auxiliares de diagnose e terapia, já estão incluídos os valores referentes à diária de UTI, conforme Portaria MS/SAS n. 294/1999.

Lembrando que no caso dos transplantes, o financiamento é por meio do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec), não onerando, portanto, os limites de média e alta complexidade dos estados e municípios.

Observação: o processo de credenciamento de UTI segue as normas gerais aplicáveis aos demais serviços de saúde, citadas no capítulo 2.

4.1.4 Outros desenvolvimentos da atenção intensiva no SUS

A Portaria GM/MS n. 1.071/2005 determina que a Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, submeta à Consulta Pública a minuta da Política Nacional de Atenção aos Pacientes Críticos.

Após o término do prazo previsto na Consulta Pública, a Secretaria de Atenção à Saúde convida o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) para reunião conjunta com especialistas da área, com a finalidade de discutir as sugestões encaminhadas.

Embora tenham sido apontadas questões que mereciam aprofundamento de discussões, tanto pelo CONASS quanto pelo Conasems, até o momento o assunto não foi retomado pelo Ministério da Saúde.

Principais alterações previstas na proposta da nova política:

- a) Contempla a atenção em cuidados intermediários adulto e pediátrico não previsto atualmente.
- b) Promove a inserção e incorporação de mecanismos regulatórios na assistência em terapia intensiva, envolvendo: pré-hospitalar móvel e não móvel, estruturas de assistências pré-UTI e pós UTI.
- c) Define que os hospitais deverão instituir Comissão de Organização e Qualificação da Atenção ao Paciente Crítico.
- d) Insere qualificação sistemática em Terapia Intensiva nos Pólos de Capacitação Permanente em Saúde.
- e) Define Rede hierarquizada de atenção ao paciente em terapia intensiva composta por:
 - Unidade de Tratamento Intensivo: nas modalidades Adulto, Pediátrico, Neonatal e Infantil (infantil = leitos pediátricos e neonatais num mesmo ambiente);
 - Unidade de Cuidados Intermediários em Terapia Intensiva: (nas mesmas modalidades de faixa etária que a anterior);
 - Unidade de Cuidados Progressivos em Terapia Intensiva (leitos de terapia intensiva e leitos de cuidados intermediários num mesmo ambiente), nas mesmas modalidades de faixa etária que as anteriores.



Em 27 de abril de 2006, a Anvisa submeteu à Consulta Pública n. 21, a minuta da Resolução que define o Regulamento Técnico para funcionamento de serviços de atenção ao paciente crítico e potencialmente crítico, estabelecendo prazo de 60 dias para críticas e sugestões.

Dentre as sugestões encaminhadas pelo CONASS, a principal foi a necessidade de compatibilizar as duas propostas, Ministério da Saúde e Anvisa, cabendo assim novas discussões tripartites.

4.2 Redes estaduais de assistência a queimados

A proposta de constituição de redes estaduais de assistência a queimados surgiu com a edição da Portaria MS/GM n. 1.273/2000, que criou mecanismos para que os estados e o Distrito Federal organizassem e implantassem suas redes de assistência.

Foi concebida com a intenção de dar uma nova conformação para os serviços de assistência nessa área, garantir o atendimento integral aos usuários do SUS e organizar esse atendimento em serviços hierarquizados e regionalizados com fluxos de referência e contra-referência estabelecidos, com estreita relação com os sistemas estaduais de referência hospitalar em atendimento de urgências e emergências.

4.2.1 Principais objetivos da rede de assistência a queimados

- Organizar uma linha de cuidados, que envolva todos os níveis de atenção (básica e especializada de média e alta complexidade) ambulatorial e hospitalar, integrados com a atenção às urgências e emergências, e privilegiando o atendimento humanizado.
- Constituir redes estaduais ou regionais, hierarquizadas e organizadas, garantindo o acesso e o atendimento integral.



- Desenvolver mecanismos de avaliação, controle, regulação e monitoramento dos serviços de atendimento ao paciente com queimaduras.
- Organizar uma estrutura de nível terciário e de alta complexidade necessária a esse tipo de atendimento.
- Estabelecer atributos necessários ao credenciamento ou habilitação de serviços que prestam atendimento especializado a queimados.

4.2.2 Estruturação da rede estadual de assistência a queimados

O Ministério da Saúde determinou um conjunto de regras e normas que devem ser cumpridas pelos gestores estaduais e municipais para a implantação e credenciamento dos serviços especializados no atendimento a queimados.

A Portaria MS/GM n. 1.273/2000 determinou a implantação das redes estaduais de assistência a queimados e conceituou os serviços, estabeleceu prazos, fluxos e exigências mínimas para que os serviços pudessem integrar essa Rede.

Essa rede deve ser composta por hospitais gerais e por centros de referência em assistência a queimados.

a) Hospital geral

- Unidade hospitalar que, embora não especializada na assistência a queimados, reúne condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação do primeiro atendimento, ambulatorial e de internação hospitalar aos pacientes com queimaduras, e cadastrada no CNES e atue de forma articulada e integrada com o sistema local e regional de urgência e emergência.

b) Centros de referência em assistência a queimados

- Unidade hospitalar que reúne condições técnicas, instalações físicas e de recursos humanos específicos para o atendimento a pacientes com queimaduras, e seja capaz de constituir a referência especializada na rede de assistência a queimados e seja cadastrada no CNES e atue de forma articulada e integrada com o sistema local e regional de urgência e emergência.

c) Centro de referência em assistência a queimados

- Intermediário – unidade que poderá ser credenciada nos estados que eventualmente não possuam pelo menos um serviço capaz de cumprir as normas, e tem caráter transitório, mas deve atender a exigências específicas e estar instalado em unidade hospitalar cadastrada no sistema de referência hospitalar em atendimento de urgências e emergências.

4.2.3 Normas vigentes no SUS para credenciamento e habilitação das unidades para queimados

Os hospitais gerais e os centros de referência em assistência a queimados para serem credenciados/habilitados deverão cumprir as exigências específicas para cada um deles, estabelecidas na Portaria MS/GM n. 1.273/2000, em seus anexos, como segue.

- Anexo I – Número máximo de centros de referência em assistência a queimados por estado da Federação.
- Anexo II – Normas para cadastramento de centros de referência em assistência a queimados, sub-dividido em: normas gerais; normas específicas para centros de alta complexidade e normas para centros intermediários.
- Anexo III – Relatório de avaliação e acompanhamento de centro de alta complexidade em assistência a queimados.
- Anexo IV – Instruções de preenchimento do relatório de avaliação e acompanhamento de centro de alta complexidade em assistência a queimados.

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

4.2.4 Alguns parâmetros para o planejamento e a avaliação da rede estadual de assistência a queimados

- a) Número de serviços necessários por Unidade da Federação
- Hospitais Gerais – não há limitação quantitativa, podendo participar da rede todo e qualquer hospital cadastrado no CNES e integrado ao SUS, para atendimento primário.
 - Centro de referência – o número de centros foi limitado pelo Ministério da Saúde, na norma técnica citada anteriormente, sendo que todo Estado deve credenciar pelo menos um centro.
- b) Número de leitos especializados para a assistência a queimados
- O número de leitos por centro de referência deve de, no mínimo, 8 e, no máximo, 20.

4.2.5 Avaliação, controle e monitoramento da atenção em alta complexidade em paciente com queimaduras

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

Os procedimentos que compõem o rol da assistência ao paciente queimado estão descritos na Portaria MS/SAS n. 1.274/2000, inclusive com a classificação de grau de extensão e gravidade de queimaduras.

O atendimento hospitalar ao paciente queimado geralmente ocorre em situações de urgência e emergência e não depende de autorização prévia, portanto o laudo médico solicitando autorização deverá ser encaminhado nos prazos determinados pelo gestor (laudo para internação), que são analisados e, se aprovados, recebem o documento AIH.



O atendimento ambulatorial para o acompanhamento do paciente queimado, os curativos e os materiais especiais, como a malha compressiva para tratamento de seqüelas de queimaduras, são solicitados por meio de laudo médico para emissão de Apac (modelo específico – Portaria MS/GM n. 1.274/2000) e se autorizada será emitida a Autorização para Procedimentos de Alta Complexidade/Custo (Apac).

Para o registro das informações dos procedimentos ambulatoriais de alta complexidade, como o acompanhamento do paciente queimado usa-se o sistema Apac do SIA.

4.2.6 Fontes de financiamento da atenção em alta complexidade em paciente com queimaduras

A maioria dos procedimentos relativos à assistência ao paciente queimado é remunerada com recursos do Faec estratégico, sendo que apenas os atendimentos realizados em hospital geral são remunerados com recursos do teto MAC.

4.3 Assistência de alta complexidade ao portador de obesidade grave

Segundo o Ministério da Saúde, a cirurgia para tratamento da obesidade grave vem sendo empregada há quase 50 anos. O tratamento cirúrgico da obesidade justifica-se somente quando o risco de permanecer obeso exceder os riscos, a curto e longo prazo, da cirurgia bariátrica.

A conclusão da cirurgia não finaliza o tratamento da obesidade, pelo contrário, é o início de um período de um ou dois anos, de mudanças comportamentais, alimentares e de exercícios, com monitoração regular de uma equipe multidisciplinar de profissionais da saúde.





O aumento de procura por cirurgia de redução do estômago é considerado um problema de saúde pública. Segundo pesquisa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), realizada em parceria com o Ministério da Saúde, estimou-se que cerca de 40% dos indivíduos adultos do País apresentam excesso de peso, sem diferença substancial entre homens e mulheres. Além disso, a obesidade afeta 8,9% dos homens adultos e 13,1% das mulheres adultas; os obesos representam cerca de 20% do total de homens com excesso de peso e cerca de um terço do total de mulheres com excesso de peso (IBGE, 2004).

4.3.1 Normas vigentes no SUS para a gastroplastia (cirurgia bariátrica)

O procedimento de gastroplastia foi incluído na tabela do SIH/SUS a partir da Portaria GM/MS n. 252/1999, para ser realizado por apenas quatro hospitais no País, universitários e com cirurgiões habilitados pela Sociedade Brasileira de cirurgia bariátrica, credenciados pelo Ministério da Saúde, a partir da referida portaria.

A Portaria Conjunta MS/SES/SAS n. 45/1999 incluiu, na tabela de órteses e próteses do SIH/SUS, para uso exclusivo em cirurgia de obesidade mórbida, o *kit* grampeador linear cortante com três cargas.

A Portaria GM/MS n. 196/2000 estabelece critérios clínicos e amplia a Rede SUS para realização dos procedimentos, instituindo os centros nacionais de referência para cirurgia bariátrica e respectivos critérios de seleção, distribuindo-os regionalmente, totalizando quatorze centros no país, já incluídos os quatro serviços publicados por meio da Portaria GM/MS n. 252/99: hospitais universitários, de ensino ou centro público de pesquisa. Caberia às SES a indicação dos centros, sendo a seleção e definição do cadastramento responsabilidade da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS).

Indicações e contra-indicações para cirurgia bariátrica, segundo portarias do Ministério da Saúde:



a) Indicações

- Índice de Massa Corpórea (IMC) igual ou superior a 40 Kg/m² e resistentes aos tratamentos conservadores, realizados continuamente há pelo menos 2 anos.
- Pacientes obesos com IMC superior a 35 Kg/m², portadores de doença crônica associada, como: diabetes, hipertensão, apnéia do sono, artropatias e hérnias de disco, cuja situação clínica é agravada pela obesidade.

b) Contra-indicações

- Patologias endócrinas específicas, transtornos mentais (alcoolismo, dependências químicas a outras drogas) e condições físicas e clínicas que contra indiquem, como: cirrose, cardiopatias, pneumopatias, insuficiência renal crônica e outras.

A Portaria GM/MS n. 1.157/2000, considerando a necessidade de aumento do número de centros de referência para a realização do procedimento de gastroplastia, em face dos dados epidemiológicos, que relatam a alta prevalência de obesidade mórbida na população, revoga o Art. 2º da Portaria GM/MS n. 196/2000, que instituiu o número de centros por região do país.

A Portaria GM/MS n. 628/2001 revoga as portarias relacionadas anteriormente, e:

- aprova o protocolo de tratamento cirúrgico da obesidade mórbida – gastroplastia no âmbito do SUS (anexo I);
- torna obrigatório o preenchimento do protocolo por todos os centros de referência credenciados, devendo ser encaminhado a SAS/MS, decorridos 12 meses de realização do procedimento cirúrgico, para inserção no banco de dados de acompanhamento de cirurgias bariátricas;
- estabelece as normas para o cadastramento de centro de referência em cirurgia bariátrica (anexo II), dentre as quais, ressalta-se a inclusão da obrigatoriedade da equipe multidisciplinar, para garantir a integralidade da assistência ao paciente portador de obesidade mórbida;
- relaciona os hospitais cadastrados no SUS como centros de referência em cirurgia bariátrica (anexo III). A partir desta portaria, foi excluído o critério de hospitais universitários ou de ensino.

Considerando a necessidade de criar mecanismos que facilitem o acesso aos pacientes submetidos à gastroplastia, aos procedimentos de cirurgia plástica corretiva, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS n. 545/2002, inclui na tabela de procedimentos do SIH-SUS o grupo de procedimentos de cirurgias plásticas corretivas pós-gastroplastia.

Nesta mesma portaria, foi substituído o código relativo a órteses e próteses para o procedimento de gastroplastia, passando de “Kit grampeador linear cortante + três cargas” para “Kit grampeador linear cortante + quatro cargas”.

4.3.2 Outros encaminhamentos na área de cirurgia bariátrica

Encontram-se em discussão (com participação do CONASS), minutas de portarias, do Ministério da Saúde, que visam instituir novas diretrizes para atenção ao portador de obesidade e critérios para definir unidades de assistência de alta complexidade ao paciente portador de obesidade grave, nos seguintes moldes.

- Definição de centros (com área de abrangência de 4 milhões de habitantes).
- Número mínimo de 96 cirurgias/ano.
- Revisão da tabela de procedimentos, desmembrando a cirurgia bariátrica em quatro tipos (vertical com banda, com derivação intestinal e com ou sem desvio duodenal).
- Incorporação, aos valores desses procedimentos, das órteses e próteses (grampeador e carga), dos valores médios de diárias de UTI, dos exames e procedimentos especiais e permanência a maior.
- Criação de procedimentos ambulatoriais, para acompanhamento de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica e revisão de procedimentos de cirurgia plástica reparadora pós cirurgia bariátrica, por meio de Apac SIA/SUS.

As minutas em questão ainda não foram submetidas à Comissão Intergestores Tripartite.

4.3.3 Financiamento das cirurgias bariátricas

Anteriormente à publicação da Portaria GM/MS n. 628/2001, a remuneração do procedimento cirúrgico gastroplastia dava-se dentro dos limites financeiros da área de assistência hospitalar de alta complexidade, dos estados e municípios.

A partir da Portaria GM/MS n. 628/2001, uma importante medida foi a transferência do financiamento da cirurgia de gastroplastia do teto financeiro de alta complexidade para o Faec, desonerando os limites financeiros dos estados e municípios, visando ampliar o número de cirurgias.

O financiamento pelo Faec inclui, também, os procedimentos de cirurgia plástica reparadora pós-gastroplastia, incluídos na tabela do SIH/SUS, por meio da Portaria GM/MS n. 545/2002.

Em se tratando de um procedimento altamente especializado, realizado em poucos centros do país, os gestores poderiam utilizar como instrumento operacional para o encaminhamento de pacientes, o Tratamento Fora de Domicílio (TFD), para despesas de deslocamento, onerando os seus limites financeiros.

O faturamento no SUS dá-se no SIH/SUS:

- No grupo de procedimentos cirurgia de estômago V, procedimento gastroplastia, que permite a cobrança do material “Kit grampeador linear cortante + quatro cargas”, da tabela de órteses e próteses do SIH/SUS.
- No grupo de procedimentos de cirurgias plásticas reparadoras pós-gastroplastia. Caberá o preenchimento no campo “AIH anterior” do número da AIH referente à cirurgia de gastroplastia realizada no paciente.

As etapas do processo de credenciamento para o procedimento seguem as regras gerais de credenciamento citadas no capítulo 2.

4.4 Assistência de alta complexidade em terapia nutricional

O suporte nutricional (nutrição parenteral e nutrição enteral) foi disciplinado para utilização em pacientes do sistema público, a partir da ordem de serviço Inamps/DAS n. 172/1989.

A partir de, então, foram editadas, pelo Ministério da Saúde, diversas portarias sobre o assunto, regulamentando tecnicamente, e definindo as formas de remuneração dos procedimentos por meio do SIH/SUS.

4.4.1 Normas vigentes no SUS para Terapia Nutricional

A atual legislação sobre o assunto foi editada pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS n. 343/2005, que institui, no âmbito do SUS, mecanismos para implantação da assistência de alta complexidade em terapia nutricional, definindo que esta assistência será composta por:

- a) Unidades de assistência de alta complexidade em terapia nutricional;
- b) Centros de referência de alta complexidade em terapia nutricional.

A portaria determina, ainda, que:

- a) A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) deverá regulamentar as atribuições e aptidões das unidades e dos centros.
- b) As Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios em gestão plena do sistema municipal adotem providências necessárias ao credenciamento das unidades e centros.
- c) Fica criada a câmara técnica em terapia nutricional, subordinada à SAS, com o objetivo de acompanhar a implantação e implementação do disposto na portaria.
- d) O prazo para regulamentação dos seguintes instrumentos de gestão será de 120 dias:

- Banco de dados dos usuários de terapia nutricional.
- Protocolos de triagem e avaliação nutricional, indicação de terapia nutricional e acompanhamento dos pacientes em terapia nutricional.

e) A SAS deve adotar as medidas necessárias à implantação do disposto na portaria.

A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), em cumprimento à Portaria GM/MS n. 343/2005, publicou as normas de credenciamento de unidades de assistência e centros de referência em alta complexidade em terapia nutricional, por meio da Portaria MS/SAS n. 224/2006, atualmente vigente (revogando as Portarias MS/SAS n. 131/2005 e MS/SAS n. 15/2006).

Estas normas tem como objetivos específicos:

- Atualizar o sistema de credenciamento/habilitação e adequá-lo a prestação dos procedimentos de alta complexidade em terapia nutricional.
- Descentralizar a gestão do SUS, inclusive do processo de credenciamento.
- Estabelecer nova conformação para a tabela de procedimentos do SIH, para a assistência em terapia nutricional.
- Aperfeiçoar o sistema de informação referente à assistência nutricional.
- Garantir aos pacientes em risco nutricional ou desnutridos uma adequada assistência nutricional, por intermédio de equipes multiprofissionais, utilizando-se de métodos e técnicas específicas.

A portaria agrega os seguintes anexos:

- I. Normas de classificação e credenciamento dos serviços de assistência de alta complexidade em terapia nutricional enteral e enteral/parenteral.
- II. Formulário de vistoria do gestor, com relatório da visita local.
- III. Relação de procedimentos excluídos da tabela SIH/SUS.
- IV. Relação de procedimentos incluídos na tabela SIH/SUS.

V. Banco de dados dos usuários de terapia nutricional – formulário para registro (disponível no *site* (www.saude.gov.br/sas) da SAS/MS).

4.4.2 Caracterização das unidades de assistência em terapia nutricional

Unidade de assistência de alta complexidade em terapia nutricional é uma unidade hospitalar que possua condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência integral e especializada em nutrição enteral ou enteral/parenteral a pacientes em risco nutricional ou desnutridos, incluindo triagem e avaliação nutricional, indicação e acompanhamento nutricional, dispensação e administração de fórmula nutricional, podendo ainda ser responsável pela manipulação e fabricação.

A unidade poderá prestar atendimento nos seguintes serviços:

- a) Serviços de assistência de alta complexidade em terapia nutricional – enteral.
- b) Serviços de assistência de alta complexidade em terapia nutricional – enteral e parenteral.

O centro de referência de alta complexidade em terapia nutricional é um estabelecimento de saúde que, além de preencher os critérios definidos para unidade de assistência de alta complexidade em terapia nutricional, execute a manipulação/fabricação e que preste serviço de consultoria para outros estabelecimentos de saúde de sua área de abrangência e para o gestor, tendo as seguintes atribuições técnicas:

- oferecer capacitação;
- assessorar implantação de Protocolos;
- dar consultoria;

- ser um hospital de ensino certificado, com estrutura de pesquisa e ensino organizada, com programas e protocolos estabelecidos em terapia nutricional;
- estar articulado e integrado ao sistema local ou regional;
- ser capaz de zelar pela eficiência, eficácia e efetividade das ações prestadas;
- dispor de mecanismos de acompanhamento e avaliação de qualidade;
- subsidiar ações dos gestores na regulação, controle e avaliação, incluindo estudos de qualidade e custo efetividade.

Os centros de referência deverão obrigatoriamente prestar atendimento aos serviços de assistência de alta complexidade em terapia nutricional enteral e parenteral.

As unidades e os centros de referência devem atender, ainda, as exigências da Portaria GM/MS n. 554/2002 e das normas da Anvisa – Portaria n. 272/1998, RDC n. 63/2000, RDC n. 50/2002, modificada pela RDC n.º 307/2002 e RDC n. 189/2003.

4.4.3 Alguns parâmetros para o planejamento da assistência em terapia nutricional

- Os procedimentos de nutrição parenteral não deverão exceder, em conjunto, o percentual de 5% do total de todos os procedimentos de terapia nutricional, e o procedimento relacionado a nutrição parenteral neonatal não deve exceder o percentual de 25% do total de procedimentos de terapia nutricional.
- Na situação de administração concomitante de nutrição parenteral e enteral, independente da faixa etária, este percentual de indicação não deve exceder a 10% do total dos procedimentos de terapia nutricional (Portaria MS/SAS n. 135/2005).
- Do total de leitos dos hospitais gerais com alta complexidade e/ou habilitados na área de oncologia, o percentual adotado para indicação de terapia nutricional será de 10% do total de leitos.
- Do total de leitos dos hospitais gerais que não possuem alta complexidade ou hospitais especializados, o percentual adotado para indicação de terapia nutricional será de 5% (Portaria MS/SAS n. 304/2006)

4.4.4 Avaliação, controle, monitoramento e financiamento da assistência em terapia nutricional

A terapia nutricional consta da tabela do SIH/SUS como Procedimentos Especiais de Nutrição Parenteral e Enteral, sendo a Parenteral cobrada no Campo Médico Auditor e a Enteral cobrada no campo serviços profissionais da AIH, portanto requer em autorização do diretor clínico do hospital.

A Portaria MS/SAS n. 135/2005 definiu conceitos, classificação CBO (Classificação Brasileira de Ocupação) e normas para controle e avaliação na área de terapia nutricional e a Portaria MS/SAS n. 224/2006, por meio dos anexos III e IV, definiu a exclusão dos atuais códigos relacionados à terapia nutricional, da tabela SIH/SUS e a inclusão dos novos códigos, que serão cobrados no campo serviços profissionais, inclusive a nutrição parenteral, e poderão ser cobrados apenas pelas unidades e centros habilitados em conformidade com a referida portaria.

Ressalta-se que, enquanto não vigorarem os novos códigos de procedimentos (anexo IV da Portaria MS/SAS n. 224/2006), a cobrança de nutrição parenteral não requer habilitação do hospital, diferentemente da nutrição enteral, que a partir da publicação da Portaria MS/SAS n. 623/1999, tem necessidade de credenciamento junto ao gestor.

A Portaria MS/SAS n. 385/2006, considerando que as SES estão em fase de conclusão/definição das redes assistenciais, prorrogou os prazos definidos nas portarias anteriormente citadas, conforme segue.

- Em 31.7.2006, encerrou-se o prazo para encaminhamento ao MS da relação das unidades e centros de referência de alta complexidade em terapia nutricional.
- Em 31.8.2006, prazo definido para o MS habilitar as unidades e centros.
- Em 31.9.2006, a partir desta data, as unidades e centros de referência de alta complexidade em terapia nutricional deverão utilizar os novos códigos, constantes do anexo IV da Portaria MS/SAS n. 224/2006.
- Em 28.9.2006, o Ministério da Saúde prorroga o prazo para habilitação para 28.2.2007, por meio da Portaria MS/SAS n. 714.

Portanto, a partir desta data, os hospitais não habilitados como unidades ou centros de referência de alta complexidade em terapia nutricional não poderão realizar procedimentos relacionados à terapia nutricional pelo SUS.

Até a presente data, não houve por parte do Ministério da Saúde a definição do impacto financeiro para suprir as alterações previstas nas novas portarias.

As unidades e/ou os centros de assistência de alta complexidade em terapia nutricional devem submeter-se a regulação, fiscalização, controle e avaliação do gestor estadual e municipal, dependendo das responsabilidades de cada um deles.

O financiamento da assistência em terapia nutricional faz-se por procedimento especial cobrado na AIH, financiado pelos recursos do teto de média e alta complexidade (teto MAC), exceto nos casos de internações (AIH), de procedimentos financiados pelo Faec, como, por exemplo: transplantes, gastroplastias, pois nestes casos a terapia nutricional também será remunerada pelo Faec.

4.5 Programa Nacional de Triagem Neonatal

A triagem neonatal é uma das estratégias de triagem populacional que podem ser aplicadas em saúde pública. Neste contexto, deve-se entender como triagem, as ações de identificação, dentro de uma população considerada “normal”, de todos aqueles que tenham risco de desenvolver uma doença específica, com o objetivo de desenvolver medidas de prevenção e tratamento precoce, impedindo ou reduzindo o risco de evolução da doença.

Portanto, além da identificação dos casos, qualquer programa de triagem deve contemplar a confirmação diagnóstica e garantir o acesso dos pacientes ao tratamento disponível. Neste sentido, “a introdução de um programa de triagem não deve ser dirigida pela disponibilidade tecnológica, pelo entusiasmo clínico ou pela demanda pública. Ela deve ser baseada na evidência de que o programa é realmente efetivo, tanto do ponto de vista científico quanto socioeconômico” (SOUZA, SCHWARTZ & GIUGLIANI, 2002).

Os autores citados apresentam um quadro útil, com as características necessárias a um programa de triagem populacional, que está reproduzido a seguir.

Quadro IV

CARACTERÍSTICAS NECESSÁRIAS A UM PROGRAMA DE TRIAGEM POPULACIONAL (ADAPTADO DE NATIONAL SCREENING COMMITTEE, 1998).

A doença deve:	<ul style="list-style-type: none">– ser um problema importante de saúde pública;– ter a sua história natural bem entendida;– ser passível de diagnóstico no período pré-sintomático ou sintomático inicial.
O teste deve:	<ul style="list-style-type: none">– ser simples, seguro, confiável, barato e aceitável pelas pessoas que serão triadas;– associar-se a valores bem estabelecidos e que separem claramente os indivíduos “em risco” daqueles “sem risco” (pontos-de-corte);– ser sucedido, nos casos positivos, pela investigação diagnóstica;– associar-se a um risco de causar danos físicos e/ou psicológicos às pessoas triadas menor do que a chance de que elas sejam beneficiadas pela triagem.
O tratamento deve:	<ul style="list-style-type: none">– ser efetivo;– associar-se a um melhor prognóstico, caso seja iniciado em período assintomático ou sintomático inicial da doença.
O programa de triagem deve:	<ul style="list-style-type: none">– ser clínica, social e eticamente aceitável;– associar-se a acesso igualitário;– ser custo-efetivo;– possuir estrutura de suporte que garanta e que controle a sua qualidade.

Fonte: Souza, Schwartz & Giugliani, 2002.

4.5.1 A Triagem Neonatal no Brasil

A Triagem Neonatal (realizada no período neonatal, ou seja, entre 0 a 28 dias de vida), tem sido há vários anos, objeto da atenção da área da Saúde, no Brasil, além de ser prevista na legislação vigente, que trata dos direitos infantis.

A Lei Federal n. 8.069/1990, que aprovou o Estatuto da Criança e do Adolescente, no seu Artigo 10, Inciso III, determinou a obrigatoriedade de que os hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes, públicos e particulares, procedam a exames visando o diagnóstico e a terapêutica de anormalidades no metabolismo do recém-nascido, bem como prestem orientações aos pais.

Entretanto, a Lei Federal precisava ser regulamentada por meio de norma técnica, que especificasse, claramente, quais os exames a serem realizados.

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria MS/GM n. 22/1992, tornou obrigatória a inclusão no Planejamento das Ações de Saúde dos estados, municípios e do Distrito Federal, públicos e privados, que integravam o SUS, do Programa de Diagnóstico Precoce do Hipotireoidismo Congênito e Fenilcetonúria e recomendou que as Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (Apae) ou entidades similares fossem credenciadas para os referidos testes laboratoriais, até a instalação de laboratórios de referência.

Considerando a necessidade de ampliar o acesso à triagem neonatal no país e buscar a cobertura de todos os recém-nascidos vivos e de definir quais seriam as patologias que deveriam ser prioritariamente triadas, impactando na morbimortalidade relacionada às patologias congênitas no Brasil, foi instituído, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), por meio da Portaria MS/GM n. 822/2001.

O Programa Nacional de Triagem Neonatal tem por objetivo o desenvolvimento de ações de triagem neonatal em fase pré-sintomática, acompanhamento e tratamento das doenças congênitas detectadas, em todos os nascidos vivos, promovendo o acesso, o incremento da qualidade e da capacidade instalada dos laboratórios especializados e serviços de atendimento, bem como organizar e regular o conjunto dessas ações. As patologias indicadas para serem triadas são: fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doenças falciformes e outras hemoglobinopatias e a fibrose cística.

No entanto, considerando os diferentes níveis de organização e de cobertura das redes assistenciais nos estados e no Distrito Federal, além da diversidade regional, o programa foi proposto para ser implantado em fases, estabelecendo quais patologias deveriam ser triadas, tratadas e acompanhadas em cada fase.

- Fase I – Fenilcetonúria e Hipotireodismo Congênito. Deve-se organizar uma rede de coleta de material para exame destas patologias e cadastrar serviços tipo I de referência em triagem neonatal/acompanhamento e tratamento de doenças congênitas, que garantam a realização da triagem, a confirmação diagnóstica e o tratamento e o acompanhamento dos pacientes triados.

- Fase II – Fenilcetonúria, Hipotireodismo Congênito, Doenças Falciformes e outras Hemoglobinopatias. Deve-se utilizar a rede de coleta definida na fase I, além de organizar e cadastrar serviços tipo II de referência em triagem neonatal/acompanhamento e tratamento de doenças congênitas, que garantam a realização da triagem ampliada para abranger as doenças falciformes e outras hemoglobinopatias, a confirmação diagnóstica e o tratamento e o acompanhamento dos pacientes triados.
- Fase III – Fenilcetonúria, Hipotireodismo Congênito, Doenças Falciformes e outras Hemoglobinopatias e Fibrose Cística. Deve-se utilizar a rede de coleta definida na Fase I e II, além de organizar e cadastrar serviços tipo III de referência em triagem neonatal/acompanhamento e tratamento de doenças congênitas, que garantam a realização da triagem ampliada para abranger a fibrose cística, a confirmação diagnóstica e o tratamento e o acompanhamento dos pacientes triados.

4.5.2 Estruturação da rede estadual de triagem neonatal

As redes estaduais de triagem neonatal são compostas pelos seguintes serviços:

a) Postos de coleta

- **Unidades de saúde, definidas pelo gestor municipal, em quantidade suficiente para dar cobertura e acesso a todos os nascidos vivos, sendo obrigatória a instalação de pelo menos um posto de coleta por município, mesmo que não tenha na localidade serviço de saúde que realiza partos.** A critério do gestor, a coleta poderá ocorrer nas unidades de saúde existentes, em local específico para esta atividade ou na própria maternidade. Caso não ocorra na maternidade, compete a ela dispor de formulário contendo orientações de local e data de coleta, que deverá ocorrer preferencialmente na primeira semana de vida do recém-nascido.

b) Serviços de referência em triagem neonatal, acompanhamento e tratamento de doenças congênitas tipo I, II ou III.

- Unidades de saúde capacitadas a realizar triagem, confirmação diagnóstica, acompanhamento e tratamento das doenças triadas, de acordo com a fase de implantação do programa, sendo obrigatório a implantação de pelo menos um serviço de referência por estado, compatível com a fase de implantação proposta.

As unidades de saúde da rede estadual de triagem neonatal (postos de coleta ou serviços de referência) devem ser cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e integrar a rede de serviços próprios, conveniados ou contratados pelas Secretarias Estaduais e Municipais, de acordo com as respectivas condições de gestão.

Compete à Secretaria Municipal de Saúde o encaminhamento à Secretaria Estadual de Saúde, da relação dos postos de coleta, contendo o nome do município, nome do(s) estabelecimento(s) cadastrado(s) e nome do responsável pela atividade.

São competências da Secretaria Estadual:

- o planejamento da rede e a definição do quantitativo de serviços de referência necessários para a triagem de todo nascido vivo;
- a consolidação da relação de postos de coleta de todos os municípios do estado e identificação do serviço de referência para cada um dos postos de coleta.

A Portaria MS/GM n. 822/2001 relaciona, em seus anexos, competências e atribuições do Ministério da Saúde, das Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal e das Secretarias Municipais de Saúde; princípios e diretrizes, critérios e exigências para a habilitação nas fases de implantação do programa; normas para o funcionamento e cadastramento de postos de coleta e de serviços de referência em triagem neonatal, acompanhamento e tratamento de doenças congênitas.

4.5.3 Alguns parâmetros para o planejamento e avaliação da Rede de Triagem Neonatal

- a) Número de serviços necessários por Unidade da Federação
 - No mínimo, um posto de coleta por município.
 - No mínimo, um serviço de referência por estado ou Distrito Federal.
- b) Parâmetros de necessidade
 - Atender 100% dos nascidos vivos (partos SUS e não SUS).
- c) Parâmetros técnicos
 - A coleta do material somente pode ocorrer após o 2º dia de vida do recém-nascido e não deve ultrapassar os trinta dias de vida e, preferencialmente, na primeira semana.
 - O envio do material ao laboratório deve ser feito, no máximo, em cinco dias.

4.5.4 Avaliação, controle e monitoramento da triagem neonatal

Os serviços de referência que integram essa rede de assistência necessitam apresentar laudos dos exames, que devem ser claros, e conter informações sobre o método empregado para cada exame, assinado pelo responsável técnico (laudo para emissão de Apac), que são analisados e se coerentes, recebem a autorização por meio do documento Apac, conforme preconiza a Portaria MS/SAS n. 223/2001.

Os gestores devem monitorar o desempenho do programa em seu território e os resultados alcançados, mediante o acompanhamento de indicadores de cobertura da triagem neonatal (cobertura de 100% dos nascidos vivos).

As informações sobre os exames da triagem neonatal, são registradas na Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo (Apac) do SIA, de acordo com as rotinas descritas no capítulo 2 deste livro.



A partir do monitoramento da produção, é possível acompanhar a execução da programação para cada um dos serviços e estas informações são disponibilizadas pelo Datasus em meio magnético ou em seu *site*, na internet (www.datasus.gov.br).

4.5.5 Fontes de financiamento da triagem neonatal

Os exames da triagem neonatal e os exames confirmatórios são remunerados atualmente com recursos do Faec estratégico, mas a incorporação desses recursos ao teto MAC é prevista no Pacto de Gestão.

4.6 Sistema Nacional de Transplante

4.6.1 Bases legais do Sistema Nacional de Transplantes

A retirada e o transplante de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, com fins terapêuticos e científicos foi objeto da Lei Federal n. 8.489/1992, regulamentada pelo Decreto Federal n. 879/1993, sendo um dos instrumentos iniciais de regramento da captação e da distribuição de órgãos no país.

Posteriormente, o assunto foi objeto da Lei Federal n. 9.434/1997, que revogou a legislação anterior e dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano em vida ou post mortem para fins de transplante e tratamento, regulamentada pelo Decreto Federal n. 2.268/1997, que organizou o Sistema Nacional de Transplante (SNT).



O sangue, o esperma e o óvulo não estão compreendidos entre os tecidos, abordados pela Lei n. 9434/1997. Esta Lei foi alterada por diversas Medidas Provisórias, sendo definitivamente alterada pela Lei Federal n. 1.0211/2001.

A legislação estabelece que os transplantes e os enxertos só podem ocorrer em estabelecimentos de saúde públicos ou privados e por equipe médico-cirúrgica de remoção e transplante previamente autorizados pelo órgão de gestão nacional do Sistema Único de Saúde.

Estabelece também as condições da disposição (post mortem e do corpo humano vivo), de tecidos, órgãos e partes para fins de transplante, estabelecendo as sanções penais e administrativas a que estão submetidos os que descumprirem esta legislação.

4.6.2 Estrutura do Sistema Nacional de Transplantes (SNT)

O SNT é integrado pelo Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal, as Secretarias Municipais de Saúde, os estabelecimentos hospitalares autorizados e a rede de serviços auxiliares necessários à realização de transplantes e estabelece funções para cada um dos seus integrantes.

As Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal devem instituir em sua estrutura organizacional unidade com o perfil e as funções que lhe são conferidas e devem se cadastrar junto ao Sistema Nacional de Transplante, assumindo os encargos que lhe são próprios, após deferimento desse cadastro. No endereço eletrônico do Ministério da Saúde, é possível encontrar a relação dos documentos necessários ao cadastro e o modelo de *check-list*.

O Decreto n. 2.268/97 estabelece, ainda, que as Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO), devem ser unidades executivas das atividades do Sistema Nacional de Transplante, afetas ao Poder Público, e relaciona as atribuições de coordenação das atividades de transplante no âmbito estadual.

Determina que os municípios possam instituir CNCDO, mas estas estarão vinculadas a CNCDO estadual. Atualmente o Sistema Nacional de Transplante é composto por 24 CNCDO estaduais e oito CNCDO regionais (nos estados do Paraná e

Minas Gerais) e por dez Organização de Procura de Órgãos (Opos), forma de organização própria de São Paulo. Os estados Tocantins, Rondônia e Roraima não possuem CNCDO cadastradas, segundo dados do Sistema Nacional de Transplante.

São competências da CNCDO:

- coordenar as atividades de transplantes;
- promover a inscrição dos potenciais receptores de órgãos, tecidos e partes;
- classificar os receptores e agrupá-los segundo critérios específicos;
- informar ao órgão central do SNT as inscrições para a organização da lista nacional de receptores;
- receber notificações de morte encefálica ou outra que enseje a retirada de órgão, tecidos e partes para transplante;
- prover o transporte de órgão, tecido ou partes para o local onde o receptor ideal se encontrar;
- informar o órgão central do SNT da existência de órgãos, tecidos ou partes não aproveitáveis entre os receptores inscritos em seu registro, para a utilização dentre os relacionados na listagem nacional;
- encaminhar relatórios anuais sobre o desenvolvimento das atividades, exercer o controle, a fiscalização e aplicar as penalidades cabíveis;
- suspender, cautelarmente, estabelecimentos ou equipes que por indícios de irregularidades coloquem em risco os usuários;
- comunicar o órgão central do SNT das penalidades aplicadas e acionar o Ministério Público ou outras entidades para reprimir ilícitos.

No capítulo II, do Decreto n. 2.268/97, estão contidas as condições gerais e comuns para a autorização de estabelecimento e equipes especializadas de retirada e de transplante ou enxerto, que terão validade de atuação por dois anos, renovável por períodos iguais e sucessivos, caso mantenha o cumprimento dos requisitos estabelecidos para a obtenção da autorização.



A renovação deve ser requerida com sessenta dias de antecedência do final do prazo de vigência. A autorização perde sua eficácia a partir da data de expiração de sua vigência e até a decisão sobre o pedido de renovação (exceto quando solicitada com sessenta dias de antecedência; neste caso será prorrogada automaticamente até que haja manifestação definitiva do Ministério da Saúde).

A retirada e o transplante de órgãos, tecidos ou partes só poderão ser realizados por estabelecimentos e equipes prévia e expressamente autorizadas pelo Ministério da Saúde, independentemente de possuir vínculo contratual de prestação de serviços ao SUS. A autorização poderá ser formulada para uma ou mais atividades de retirada e de transplante ou de enxerto.

Os membros de uma equipe poderão integrar outra equipe, desde que estejam nominalmente identificados na relação de ambas, e poderão atuar em qualquer estabelecimento autorizado, para as atividades relacionadas ao transplante e retirada de órgão. Esta norma não é válida para equipes de transplante de medula óssea, em que os membros podem atuar no máximo em duas equipes e ocupando somente a responsabilidade técnica de uma equipe, conforme preconiza a Portaria MS/GM n. 931/2006.

4.6.3 Cadastramento de equipes e de estabelecimentos

As regras para o cadastramento das equipes e dos estabelecimentos de saúde para a realização dos procedimentos de retirada e de transplante de órgãos foram, inicialmente, determinadas pelo Decreto n. 2.268/1997 e, posteriormente, regulamentadas pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria MS/GM n. 3.407/1998, especificamente para os transplantes de rim, fígado, pulmão, coração, válvulas cardíacas, córnea, tecidos ósteo-condro-fáscio-ligamentoso e pele.

Por meio da Portaria MS/GM n. 935/1999, foi incluído regramento para o cadastramento de estabelecimento e equipe para a realização de transplante conjugado de pâncreas e de rim e transplante isolado de pâncreas.



Também foram estabelecidos, pelas normas, o fluxo das autorizações e o sistema de Lista Única, os critérios para a distribuição de órgãos, os critérios da determinação da urgência e, por fim, o sistema de controle e de avaliação dessa atividade.

Os critérios para o cadastramento de transplante de medula óssea foram estabelecidos, inicialmente, pela Portaria MS/GM n. 1.217/1999 e pela Portaria MS/GM n. 1.316/2000, sendo redefinidos pela Portaria MS/GM n. 2.480/2004, que revogou as normativas anteriores, e pela Portaria MS/GM n. 931/2006.

Todo estabelecimento ou equipe para ser cadastrado deverá, além de cumprir as determinações especificadas a seguir ser avaliado pela CNCDO a quem compete emitir o parecer conclusivo sobre a autorização e remeter ao Ministério da Saúde o Requerimento de Autorização específico.

4.6.3.1 EQUIPE

Documentação exigida para a Autorização de Equipe, para realizar transplante de coração, pulmão, córnea, fígado, pâncreas, pele, rim, rim/pâncreas, tecido ósteo-condro-fásquio-ligamentoso, medula óssea e de válvulas cardíacas:

- Requerimento de autorização, específico para cada tipo de transplante, com nome da equipe, do responsável técnico e de cada um dos membros da equipe, com a informação da especialidade de cada um e o respectivo número do Conselho Regional de Medicina.
- Cópia de título de especialista ou da residência médica de cada um dos profissionais, anexada.
- Cópia do Conselho Regional de Medicina de cada um dos membros da equipe, anexada.
- Cópia da Certidão Negativa de Infrações Éticas (expedida pelo CRM), anexada.
- Identificação de todos os estabelecimentos de saúde onde a equipe irá atuar contendo a Razão Social e o CNPJ de cada uma deles.
- Declaração da disponibilidade da equipe para realizar os procedimentos, em tempo integral, de todos os membros da equipe.
- Declaração da capacidade da equipe de realizar, concomitantemente, os procedimentos de retirada e de transplante de órgãos quando for o caso.

4.6.3.2 ESTABELECIMENTO

Documentação exigida para a Autorização de Estabelecimento, para realizar transplante de coração, pulmão, córnea, fígado, pâncreas, pele, rim, rim/pâncreas, tecido ósteo-condro-fáscio-ligamentoso, medula óssea e de válvulas cardíacas.

- Requerimento de autorização específico para cada tipo de transplante ou para a retirada de órgãos, tecidos ou partes, com nome completo da instituição hospitalar (Razão Social); CNPJ; endereço completo; código do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), obrigatório a partir da publicação da Portaria MS/SAS n. 284/2004; e informação sobre a vinculação contratual ao SUS (sim ou não).
- Declaração de que tem compromisso de fiscalização e controle pelo SNT.
- Ato constitutivo do estabelecimento (contrato social ou estatuto com a indicação da representação da instituição em juízo ou fora dele).
- Ato de designação e posse da diretoria da instituição.
- Relação nominal da equipe(s) contratada ou funcional que atua na instituição.
- Declaração e relação da disponibilidade de pessoal qualificado e em número suficiente para o desenvolvimento de outras atividades indispensáveis à realização do procedimento.
- Instrumental e equipamento necessários para a execução de cada tipo de transplante que se propõe atender.
- Designação do responsável técnico.
- CNPJ (cópia).
- Alvará ou a Licença de Funcionamento, expedida pela VISA (cópia).
- Número da Autorização da Equipe (SNT), com quem atua no estabelecimento (caso tenha mais que uma informar).
- Declaração da disponibilidade de serviços em tempo integral para apoio às equipes.
- Comprovante da existência de Comissão Intra-hospitalar de Transplante.
- Declaração ou escala de que possui médico plantonista nas 24 horas do dia.
- Relação nominal de profissionais com título de especialista, de acordo com as exigências para cada tipo de atividade.
- Infra-estrutura compatível com a exigência para cada tipo de transplante.
- Declaração de que possui capacidade de realização de exames e análise laboratoriais necessários aos procedimentos de transplante.

Os estabelecimentos que realizam atividades de busca ativa e captação de órgãos e de retirada de tecido ocular humano também devem ser cadastrados e obter a autorização do Ministério da Saúde, conforme exigências da Portaria MS/SAS n. 92/2001.

Os estabelecimentos de saúde que atuam como banco de tecidos regulamentados devem requerer autorização e devem atender às exigências mínimas estabelecidas para os seguintes bancos de tecidos.

- Banco de tecidos oculares humanos – inicialmente definido por meio das Portarias MS/GM n. 828/2003 e 239/2004, e redefinido pela Portaria MS/GM n. 2692/2004 que estabeleceu as normas de funcionamento e cadastramento de banco de olhos, revogando a normativa anterior.
- Banco de tecido músculo-esquelético – regulamentado o funcionamento e cadastramento pela Portaria MS/GM n. 1.686/2002, que revogou a normativa anterior (Portaria MS/GM n. 904/2000).
- Banco de válvulas cardíacas – regulamentado o funcionamento e cadastramento pela Portaria MS/GM n. 333/2000.
- Banco de sangue de cordão umbilical e placentário – **regulamentado pela Portaria MS/GM n. 903/2000**. O Ministério da Saúde criou a Rede Nacional de Bancos de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário para Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas (BrasilCord), pela Portaria MS/GM n. 2.381/2004.

A relação das CNCDO, das equipes autorizadas, dos estabelecimentos autorizados, dos formulários de requerimento para cada tipo de autorização (equipe, estabelecimento ou banco de tecidos) e toda a legislação referente ao transplante de órgãos, tecidos e partes estão disponibilizados no endereço eletrônico do Ministério da Saúde, na internet (www.saude.gov.br/transplantes).

4.6.4 Financiamento dos procedimentos de transplantes

Os procedimentos relacionados ao transplante de órgão, tecidos ou partes; ao re-transplante; à busca ativa de doadores; ao acompanhamento pós-transplante; ao medicamento para o paciente transplantado são financiados com recursos do Faec,

desde meados de 1999, ocasião em que a Portaria Conjunta SE/SAS n. 16/1999 regulamentou o financiamento e a distribuição de recursos para a execução das atividades assistenciais inerentes ao Sistema Nacional de Transplante. Outros imunossupressores foram incluídos e financiados também pelo Faec, após esse período.

Os exames de histocompatibilidade, realizados por laboratórios cadastrados no Ministério da Saúde, são financiados pelo Faec, desde a edição da Portaria Conjunta SE/SAS n. 02/2000.

4.7 Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos

Os estudos epidemiológicos evidenciam que a ocorrência da dor é a principal razão pela qual os usuários procuram o serviço de saúde e estima-se que entre 30% e 40% da população brasileira seja acometida de dor crônica, constituindo-se na principal causa de absenteísmo, licenças médicas, aposentadorias por doenças, indenizações trabalhistas e baixa produtividade no trabalho. É uma das causas do sofrimento humano que provoca incapacidade e compromete a qualidade de vida, com repercussões psicossociais e econômicas importantes, tornando-se um grave problema de saúde pública.

Com base nessas considerações, o Ministério da Saúde instituiu, no âmbito do SUS o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos, por meio da Portaria MS/GM n. 19/2002.

4.7.1 Objetivos do programa

- Articular iniciativas governamentais e não governamentais voltadas para a atenção/assistência aos pacientes com dor e que demandem cuidados paliativos.
- Estimular a organização de serviços de saúde e de equipes multidisciplinares para a assistência a esse grupo de paciente, de maneira a constituir redes assistenciais descentralizadas, hierarquizadas e regionalizadas.

- Articular e promover iniciativas destinadas a incrementar a cultura assistencial da dor, a educação continuada de profissionais de saúde e de educação continuada para a assistência à dor e cuidados paliativos.
- Desenvolver esforços para promover a organização, captação e disseminação de informações que sejam relevantes a profissionais de saúde, pacientes, familiares e população em geral, quanto à realidade epidemiológica da dor no País, dos recursos assistenciais, dos cuidados paliativos, das pesquisas, dos novos métodos de diagnóstico e tratamento, dos avanços tecnológicos, dos aspectos técnicos e éticos.
- Desenvolver diretrizes assistenciais, adaptadas e adequadas à realidade brasileira, de modo a oferecer cuidados adequados a pacientes com dor e/ou sintomas relacionados à doença fora de alcance curativo e em conformidade com as diretrizes internacionalmente preconizadas pelos órgãos de saúde e sociedades envolvidas com esse assunto.

4.7.2 Estruturação do programa

Por entender que a assistência adequada ao paciente com dor resulta, além dos aspectos humanitários envolvidos com a redução do sofrimento, no uso adequado de medicamentos e dos serviços de saúde; na melhor utilização dos recursos diagnósticos e de tratamentos disponíveis; na redução do absenteísmo decorrentes da dor; na racionalização dos gastos públicos envolvidos nessa assistência e, por fim, na racionalização dos gastos relacionados às repercussões psicossociais e econômicas decorrentes da inadequada abordagem dos pacientes com dor, o Ministério da Saúde propôs a criação de centros de referência em tratamento da dor crônica, pela Portaria MS/GM n. 1.319/2002.

Centros de referência em tratamento da dor crônica são unidades hospitalares cadastradas no CNES e habilitadas para prestar atendimento de alta complexidade em Oncologia (Cracon, Cacon ou Unacon).

Os hospitais gerais podem se credenciar desde que disponham de ambulatório para tratamento da dor crônica e de condições técnicas; instalações físicas; equipamentos e recursos humanos adequados, para prestar essa assistência de forma integral e integrada; e tenham capacidade de se constituir em referência para a rede assistencial do estado na área de tratamento da dor crônica.

Entre as regras estabelecidas para a definição e a distribuição geográfica dos centros de referência e tratamento da dor crônica, o Ministério da Saúde estabeleceu o quantitativo de centros por estado e Distrito Federal, incluindo nesse quantitativo os serviços de oncologia já habilitados.

As normas técnicas para o cadastramento de centros de referência em tratamento de dor crônica foram aprovadas por meio da Portaria MS/SAS n. 472/2002, que especifica:

- a documentação necessária à instrução do processo de cadastramento;
- as exigências gerais do hospital (ser cadastrado no CNES; ser serviço de oncologia habilitado, ter centro cirúrgico, farmácia, serviço de anestesia, neurologia, serviços de arquivo médico e estatística, enfermarias de clínica médica, pediatria, cirurgia e ambulatório para avaliação e acompanhamento do paciente em tratamento da dor crônica);
- as exigências específicas quanto a área física, recursos humanos, materiais e equipamentos, recursos diagnósticos e terapêuticos, rotina de funcionamento e atendimento, registro de pacientes, dispensação de opiáceos e manutenção do cadastramento.

O centro de referência que for unidade dispensadora de opiáceos deverá observar o estabelecido no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – uso de opiáceos no alívio da dor crônica, que foi aprovado pela Portaria MS/SAS n. 859/2002, que estabelece critérios de inclusão, tratamento, controle, critérios de interrupção de uso de opiáceos, logística de aquisição, prescrição e dispensação de opiáceos, termo de consentimento informado e termo de devolução de opiáceos. Deverá ainda cumprir as exigências da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) estabelecidas na **RDC n. 202/2002**.



Os pedidos de cadastramento de centros de referência em tratamento da dor crônica deverão ser instruídos pelo gestor municipal ou estadual, dependendo da pactuação e da divisão de responsabilidade de cada gestor, analisados e submetidos à apreciação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), conforme novo fluxo determinado na Portaria MS/GM nº 598/2006.

Uma vez aprovado na CIB, será encaminhado ao Ministério da Saúde o ofício CIB, cópia da resolução ou deliberação CIB aprovando o cadastramento, o *check-list* das exigências cumpridas e as informações acerca de impacto financeiro. Os serviços de oncologia que vierem a ser habilitados serão integrados a esse programa.

4.7.3 Financiamento

As ações assistenciais envolvidas neste programa oneram o teto financeiro de média e alta complexidade, conhecido como teto MAC, exceto tratamento e medicamento com opiáceos, que são financiados com recursos do Faec.

4.8 Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais de Ensino Públicos e Privados no Sistema Único de Saúde

Todos os hospitais de ensino devem ser certificados, conforme a Portaria Interministerial n. 1.000/2004, pelo Ministério da Saúde e da Educação. Esta portaria fixa os prazos para que os hospitais anteriormente cadastrados como universitário, hospital-escola ou auxiliares de ensino, requeiram a certificação de ensino prevista.

O Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais de Ensino foi criado pelos Ministérios da Saúde e da Educação, por meio da Portaria Interministerial n. 1.006/2004, tendo como objetivo reorientar e reformular a política para os



hospitais de ensino do Ministério da Educação (MEC) no SUS e promover a inserção e a integração desses serviços na rede assistencial do SUS, mediante ações estratégicas definidas no processo de contratualização, com metas e indicadores especificados, com base no termo de referência constante do anexo dessa norma técnica.

O Ministério da Saúde criou, no âmbito do SUS, para os hospitais de ensino não contemplados pela Portaria Interministerial nº 1.006/2004, ou seja, para aqueles que não são do Ministério da Educação, o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino, no âmbito do SUS, por meio da Portaria MS/GM n. 1.702/2004, que tem os mesmos objetivos do programa destinado aos hospitais do MEC, descrito acima, com base no termo de referência, definido no anexo dessa portaria.

Contratualização é o processo pelo qual o representante legal do hospital e o gestor municipal ou estadual do SUS estabelecem metas quantitativas e qualitativas que visem ao aprimoramento das ações de saúde e de gestão hospitalar, formalizado por meio de um convênio.

4.8.1 Ações estratégicas

Esses programas definiram algumas ações estratégicas, descritas abaixo, que deverão ser explicitadas em cada convênio, mediante definição de metas e indicadores.

- Definição do perfil assistencial, do papel da instituição e de sua inserção articulada e integrada com a rede de serviços de saúde do SUS.
- Definição do papel da instituição na pesquisa, no desenvolvimento e na avaliação de tecnologias em saúde e de gestão, de acordo com as necessidades do SUS.
- Definição do papel dos hospitais na educação permanente e na formação de profissionais de Saúde.
- Qualificação do processo de gestão hospitalar em razão das necessidades e da inserção do hospital na rede hierarquizada e regionalizada do SUS.

4.8.2 Condições de inclusão dos hospitais

Os hospitais para serem incluídos nestes programas deverão ser previamente certificados como hospital de ensino, conforme critérios estabelecidos na Portaria Interministerial n. 1.000/2004, por comissão paritária dos Ministérios da Saúde e da Educação, com validade por dois anos, devendo ser renovada ou cancelada após avaliação conjunta.

Toda regulamentação para a certificação dos hospitais de ensino com o fluxo e a documentação necessária está determinada na Portaria Interministerial n. 1.005/2004, alterada pela Portaria Interministerial n. 2.193/2004.

Entende-se por hospital de ensino as instituições hospitalares que servirem de campo para a prática de atividades curriculares na área da saúde, sejam elas hospitais gerais ou especializados, de propriedade de instituição de ensino superior, pública ou privada, ou ainda, formalmente conveniada com instituição de ensino superior.

4.8.3 Financiamento

Os recursos financeiros destinados à implantação desses programas serão compostos assim:

a) Componente com valor fixo mensal

- Recursos recebidos pelo hospital pela assistência prestada, tendo como referência os últimos doze meses (média complexidade).
- Impactos dos reajustes dos valores da remuneração de procedimentos ambulatoriais e hospitalares concedidos, a partir da data da publicação do Programa.
- Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa (Fideps).
- Incentivo do Programa Interministerial de Reforço e Manutenção dos Hospitais Universitários na parcela referente ao Ministério da Saúde (somente para hospitais de ensino do MEC).



- Recursos de incentivo a contratualização do Ministério da Saúde (ver descrição abaixo).
 - Incentivo de Integração ao Sistema Único de Saúde – Integrasus (excluídos os hospitais de ensino do MEC).
 - Incentivo para a Assistência Ambulatorial, Hospitalar e de Apoio Diagnóstico à População Indígena (Iapi).
 - Quaisquer outros incentivos repassados de forma destacada.
- b) Componente com valor variável conforme cumprimento de metas
- Valor de, no mínimo, 10% do custeio fixo acima apontado, como fator de incentivo ao cumprimento de metas qualitativas, revisto anualmente.
- c) Componente correspondente à produção de serviços
- Alta complexidade e Faec, que serão remunerados pela produção.

4.8.3.1 INCENTIVO À CONTRATUALIZAÇÃO DEFINIDO PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE

O Ministério da Saúde regulamentou a alocação dos recursos financeiros para o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais de Ensino do MEC, por meio da Portaria MS/GM n. 2.352/2004, e dos demais hospitais de ensino por meio da Portaria MS/GM n. 1.703/2004, definindo o incentivo à contratualização no valor máximo equivalente a 26% do faturamento médio dos procedimentos de média complexidade, referente ao primeiro quadrimestre de 2004, da produção ambulatorial e de internação hospitalar, excluídos aqueles procedimentos financiados com recursos do Faec.

Dos 26% (incentivo à contratualização) definiu-se, ainda, que 85% seriam repassados automaticamente, de forma independente de qualquer análise prévia, enquanto que os outros 15% seriam repassados mediante análise de desempenho segundo critérios definidos nessa regulamentação.

O convênio e o plano operativo são os instrumentos legais que formalizam a integração do hospital de ensino certificado nesse Programa.

O convênio deve trazer definição do objeto, condições gerais, encargos, recursos financeiros destinados ao cumprimento das ações, instrumentos de controle, penalidades, formas de denúncias e o plano operativo como parte integrante desse



convênio. O plano operativo deve especificar as metas físicas e de qualificação para as ações e atividades pactuadas, os indicadores propostos de acordo com o preconizado nesse programa, e o sistema de avaliação de metas.

4.9 Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde

O Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos foi criado, pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria MS/GM n. 1.721/2005, tendo como objetivo apoiar gerencialmente as instituições hospitalares, privadas, sem fins lucrativos, certificadas como entidade de fins filantrópicos, no saneamento financeiro dessas instituições.

Contratualização é o processo pelo qual o representante legal do hospital e o gestor municipal ou estadual do SUS estabelecem metas quantitativas e qualitativas que visem ao aprimoramento das ações de saúde e de gestão hospitalar, formalizado por meio de um convênio.

4.9.1 Ações estratégicas

Este programa definiu algumas ações estratégicas, descritas abaixo, que deverão ser explicitadas em cada convênio, mediante definição de metas e indicadores.

- Definição do perfil assistencial, do papel da instituição e de sua inserção articulada e integrada com a rede de serviços de saúde do SUS.
- Definição das responsabilidades dos hospitais e gestores na educação permanente e na formação de profissionais de saúde.

- Qualificação do processo de gestão hospitalar em razão das necessidades e da inserção do hospital na rede hierarquizada e regionalizada do SUS.

4.9.2 Financiamento

Recursos financeiros destinados à implantação desse programa.

- Recursos recebidos pelo hospital pela assistência prestada em média complexidade (tendo como referência os últimos doze meses).
- Impactos dos reajustes dos valores da remuneração de procedimentos ambulatoriais e hospitalares (concedidos a partir da data da publicação do programa).
- Incentivo de Integração ao Sistema Único de Saúde (Intebrasus).
- Incentivo para a Assistência Ambulatorial, Hospitalar e de Apoio Diagnóstico à População Indígena (Iapi).
- Incentivos repassados de forma destacada.
- Recursos repassados pelo gestor estadual e/ou municipal e os novos recursos referentes a este programa, denominado de Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC).

O IAC foi previsto para ser concedido em dois momentos, na adesão (40%) ao programa e na contratualização (60%) propriamente dita. Do total do valor do IAC 40% foram pagos aos hospitais filantrópicos, que aderiram ao programa em dezembro de 2005, em parcela única, e os 60% restantes deverão ser repassados às Secretarias Estaduais e Municipais mediante a formalização do contrato/convênio, conforme estabelece a Portaria GM/MS 3.123/2006.

O Ministério da Saúde vem adiando por meio de portarias, o prazo para esta etapa, estando agora previsto para fevereiro de 2007 (Portaria MS/SAS n. 166/2006).

O Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos foi regulamentado, pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria MS/SAS n. 635/2005.



Tem como premissa a orçamentação da assistência de média complexidade, dividida em dois componentes: um fixo, relacionado às metas físicas; outro, variável, relacionado ao cumprimento das metas qualitativas. Os demais procedimentos como a alta complexidade e os procedimentos custeados com recursos do Faec não foram alvo de mudança por este programa.

O prazo para a fase de adesão foi finalizado em 08 de dezembro de 2005, para que os hospitais apresentassem documentação comprobatória do Cadastro do Estabelecimento de Saúde, ofício do gestor estadual ou municipal e cópia do certificado de entidade beneficente de assistência social, expedido pelo Conselho Nacional de Assistência Social.

Os recursos referentes ao processo de adesão ao programa, atribuídos para cada um dos hospitais filantrópicos, foram repassados em conformidade com a Portaria MS/GM n. 172/2006, que homologou a adesão dos hospitais.

Para a definição do incentivo para cada hospital, o Ministério da Saúde tomou como base a produção paga das internações hospitalares de média complexidade, excluídos os valores de órteses e próteses, no ano de 2004, e utilizou os seguintes critérios para a alocação desses recursos:

- 50% – destinados a todos os hospitais que foram homologados, proporcionais à produção de internação hospitalar de média complexidade, paga no ano de 2004, excluídos os valores de órteses e próteses;
- 25% – para os hospitais que foram homologados e que, no ano de 2004, apresentaram 30% ou mais de taxa de atendimento a outros municípios;
- 25% – para os hospitais com produção de internações nas especialidades de clínica médica, pediatria, cirurgia, gineco-obstetrícia e traumatologia-ortopedia.

Para a implantação da segunda etapa do programa, o Ministério da Saúde publicou os valores que serão concedidos anualmente para cada hospital (anexo I da Portaria GM/MS 3.123/2006), permitindo que o gestor estabeleça, em conjunto com o hospital, e as metas físicas e qualitativas, por meio do plano operativo, cujas diretrizes para sua elaboração estão propostas na Portaria MS/SAS n. 635/2005,



que será parte integrante do convênio de prestação de serviços para o SUS, instrumento legal, no qual as ações e os serviços de saúde deverão estar quantificados, definidas as responsabilidades e as obrigações de cada uma das partes.

4.9.3 Operacionalização do programa

O Ministério da Saúde definiu o fluxo de encaminhamento da documentação comprobatória de finalização do processo de contratualização, sendo proposto um modelo de convênio e de plano operativo, na Portaria GM/MS 3.123/2006. Além da minuta do convênio deverão ser encaminhados ao Ministério da Saúde/Coordenação Geral de Atenção Hospitalar o extrato da publicação do convênio no Diário Oficial do estado ou do município e cópia da deliberação/resolução CIB que o aprovou.

Após apreciação e aprovação pelo Ministério da Saúde, haverá incorporação aos limites financeiros das Secretarias Estaduais ou Municipais dos recursos ao percentual de 60% restante devido a cada um dos hospitais que aderiram ao programa e que formalizaram a contratualização.

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

4.10 Área de Saúde da Criança

No presente texto, será dado destaque apenas aos componentes de média e alta complexidade da atenção à Saúde da Criança. Alguns destes itens referentes à Saúde da Criança já foram discutidos em capítulos próprios, como a triagem neonatal, terapia intensiva, terapia auditiva, etc.

Para visão geral e principalmente para as questões assistenciais referentes à atenção primária ou básica em Saúde da Criança, sugere-se a leitura dos documentos, textos e livros, editados pelo Ministério da Saúde, referentes ao Programa de Saúde da Família (PSF), que podem ser obtidos no *site* (<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/>), do Departamento de Atenção Básica e da área de Saúde da Criança, do Ministério da Saúde, no *site* (http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=151).

4.10.1 Hospital Amigo da Criança

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) foi idealizada em 1990, pela OMS e Unicef, para promover, proteger e apoiar a amamentação. Foi incorporada pelo Ministério da Saúde, como ação prioritária, em 1992, e, desde então, com o apoio das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde vem capacitando profissionais, realizando avaliações e estimulando a rede hospitalar para o credenciamento.

A Portaria MS/SAS n. 155/1994 estabelece diretrizes para a iniciativa Hospital Amigo da Criança.

As normas para o processo de habilitação do estabelecimento de saúde na IHAC, integrante do SUS, estão estabelecidas na Portaria SAS/MS n. 756/2004. Esta portaria define, também, a obrigatoriedade dos hospitais, que estavam anteriormente habilitados como amigos da criança, a se adaptarem às suas orientações.



4.10.2 Método canguru

O método canguru é um tipo de assistência neonatal que implica o contato pele a pele precoce, entre a mãe e o recém-nascido de baixo peso, de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente. O pai também pode participar do método. Desta forma há um envolvimento maior dos pais no cuidado do seu recém-nascido.

A Portaria GM/MS n. 693/2000 aprova a norma de orientação para implantação do Método Canguru, destinado a oferecer atenção humanizada ao recém nascido de baixo peso.

A Portaria MS/SAS n. 72/2000 inclui, na tabela de procedimentos do SIH/SUS, o atendimento ao recém-nascido de baixo peso, considerando o método canguru.

4.10.3 Cuidados intermediários neonatais

A Portaria GM/MS n. 1.091/1999 cria a unidade de cuidado intermediário neonatal no âmbito do SUS, para o atendimento do recém-nascido de médio risco. Esta portaria define as normas e critérios de inclusão destas unidades no sistema.

4.10.4 Programa de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento

Já comentado no capítulo que trata da Política Nacional de Saúde da Mulher.

No componente III, previsto na Portaria GM/MS n. 569/2000, altera-se a sistemática de pagamento da assistência ao parto. O item serviços Profissionais (SP), fica subdividido em: SP padrão; SP para o atendimento na sala de parto por pediatra ou neonatologista; e SP para primeira consulta do pediatra. Com esta modificação o financiamento torna-se possível para melhorar a assistência ao recém-nascido.



4.11 Saúde do Trabalhador

A complexidade do processo saúde-doença-trabalho exige, para o sucesso de uma política de saúde ao trabalhador, uma rede hierarquizada de serviços a serem oferecidos aos usuários, garantindo não só o acesso aos recursos mais sofisticados, mas racionalizando sua utilização de forma a evitar as distorções que se observam na ausência de uma rede quando este acesso fica à sorte do trabalhador.

Neste sentido, a Portaria GM/MS n. 1.679/2002 institui, no âmbito do SUS, a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), a ser desenvolvida de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios.

Por meio da Portaria MS/SAS n. 656/2002, foram aprovadas as normas para cadastramento e habilitação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest).

A Portaria MS/SAS n. 666/2002 inclui, na tabela de serviços/classificação do SIA/SUS, o serviço de atenção à Saúde do Trabalhador e altera a mesma tabela para procedimentos relacionados a esta área.

4.12 Programa de Assistência Ventilatória Não Invasiva

A distrofia muscular progressiva engloba um conjunto de doenças genéticas que se caracterizam por uma degeneração do tecido muscular dos pacientes portadores e que evolui de forma progressiva, afetando gradualmente os diversos grupos musculares e comprometendo a capacidade vital dos portadores, levando-os, inclusive, à falência respiratória.



Os pacientes portadores de distrofia muscular progressiva podem se beneficiar com a utilização de equipamentos que propiciem a ventilação nasal intermitente de pressão positiva.

Em função deste fato, a Portaria GM/MS n. 1.531/2001 institui, no âmbito do SUS, o Programa de Assistência Ventilatória Não Invasiva a Pacientes Portadores de Distrofia Muscular Progressiva.

Este programa consiste em:

- identificação dos portadores de distrofia muscular progressiva, entre os quais os que necessitam de ventilação positiva;
- cadastramento de serviços de saúde, aptos a realizar a manutenção e acompanhamento domiciliar destes pacientes;
- a SAS deve estabelecer os critérios para a implantação do programa.

A Portaria MS/SAS n. 364/2001 inclui, na tabela dos serviços/classificação do SIA/SUS, o serviço de terapia em pneumologia e inclui, na tabela de procedimentos do SIA/SUS, os procedimentos compatíveis com esta atenção, através de Apac. O financiamento é por meio do Faec estratégico.

4.13 Rede de assistência em oftalmologia

Segundo o Ministério da Saúde, no Brasil, cerca de 4 milhões de pessoas apresentam algum tipo de deficiência visual. Cerca de 60% das cegueiras são evitáveis mediante o adequado estabelecimento de políticas de prevenção, diagnóstico e tratamento precoce das doenças que as determinam.





Para aprimorar as políticas já desenvolvidas, há necessidade de se criar mecanismos que permitam melhor organizar a assistência aos portadores de problemas relacionados à saúde ocular; estruturar redes assistenciais; estabelecer fluxos assistenciais e ampliar o acesso da população a serviços de oftalmologia e, em especial, a consultas oftalmológicas, exames complementares e procedimentos terapêuticos

Por meio da Portaria GM/MS n. 866/2002, criaram-se mecanismos para organização e implantação de redes estaduais de assistência em oftalmologia, no âmbito do SUS.

As redes serão integradas por:

- a) Serviços de oftalmologia geral.
- b) Centros de referência em oftalmologia (nível I e II).

Cabe à Secretaria de Assistência à Saúde estabelecer as normas de classificação e cadastramento de centros de referência em oftalmologia.

A Portaria SAS/MS n. 338/2002 altera a tabela de procedimentos do SIA/SUS, e dentre outras coisas, inclui procedimentos relacionados a acompanhamento, tratamento e terapia medicamentosa para o paciente com glaucoma. O financiamento é pelo Faec estratégico e o faturamento pela Apac/SIA. Estes procedimentos são exclusivos para realização em centro de referência de oftalmologia.

A Portaria SAS/MS n. 339/2002 aprovou normas de classificação e cadastramento de centros de referência em oftalmologia.

A Portaria GM/MS n. 867/2002 institui, no âmbito do SUS, o Programa de Assistência aos Portadores de Glaucoma, tendo em vista que esta doença é a terceira maior causa de cegueira no Brasil e é possível reduzir os danos visuais por ela causados pelo adequado e precoce diagnóstico, tratamento e acompanhamento da doença.

Atualmente o cadastramento de unidades como centros de referência em oftalmologia encontra-se suspenso pelo Ministério da Saúde, que está procedendo à revisão da área de oftalmologia.



4.14 Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário

A população prisional é exposta pela sua condição de confinamento a fatores de risco e um número significativo de casos de DST/Aids, tuberculose, pneumonias, dermatoses, transtornos mentais, hepatites B e C, traumas, diarréias infecciosas, além de outros problemas prevalentes na população adulta brasileira, tais como hipertensão arterial e diabetes mellitus.

Além do confinamento, outros fatores de risco, como a marginalização social, a dependência de álcool e drogas, o baixo nível socioeconômico e as precárias condições do serviço de saúde contribuem para a alta prevalência observada.

Neste sentido o Governo Federal, aprovou pela Portaria Interministerial n. 1.777/2003, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, que é constante do anexo I da Portaria, destinado a prover a atenção integral à saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas.

Esta portaria estabelece:

- As Secretarias Estaduais de Saúde e de Justiça deverão formular o plano operativo estadual, na forma de seu anexo II, e apresentá-lo ao Conselho Estadual de Saúde correspondente e a Comissão Intergestores Bipartite, definindo metas e formas de gestão do referido plano, bem como a gestão e gerência das ações e serviços.
- O financiamento das ações de saúde, no âmbito do sistema penitenciário, deverá ser compartilhado entre os órgãos gestores da saúde e da justiça das esferas de governo.
- O incentivo para a atenção à saúde no sistema penitenciário, cabendo ao Ministério da Saúde financiar o correspondente a 70% do recurso e, ao Ministério da Justiça, o correspondente a 30% do recurso;
- O termo de adesão ao plano nacional, a ser formalizado pelas respectivas Secretarias Estaduais de Saúde e de Justiça, nos termos do anexo III desta portaria.

- À Secretaria de Atenção à Saúde e à Secretaria Executiva, do Ministério da Saúde, que adotem, ouvido o Ministério da Justiça, as providências complementares necessárias à operacionalização do Plano ora aprovado.

A Portaria GM/MS n. 240, de 31 de janeiro de 2007, publica os novos valores de custeio do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário.

Conforme os estados vão tendo seus planos estaduais qualificados, o Ministério da Saúde publicará os respectivos recursos destinados a esta área.

4.15 Assistência ao portador de lesão lábio-palatal ou crânio-facial

A anomalia crânio facial é entendida como toda alteração congênita que envolve a região do crânio e da face, da qual uma das mais freqüentes é a fissura de lábio e/ou palato. O portador deste tipo de lesão tem necessidade de cirurgias múltiplas para a resolução satisfatória de sua condição, pois se não for corretamente tratado no momento apropriado, sua saúde pode sofrer graves conseqüências (infecções de repetição, desnutrição, engasgos, pneumonias aspirativas, entre outros).

Os códigos para as cirurgias destinadas ao tratamento desse tipo de lesão foram incluídos na tabela de procedimentos do SIH/SUS por meio da Portaria MS/SAS n. 126/1993. Os procedimentos de que trata esta portaria, somente poderiam ser realizados por hospitais previamente autorizados pela SAS/MS, ouvida a Secretaria Estadual de Saúde, do estado no qual se localiza o serviço.

A Portaria MS/SAS n. 62/1994 estabeleceu as normas para o cadastramento dos hospitais que realizem os procedimentos integrados para a realização estético-funcional dos portadores de má-formação lábio-palatal no SUS.



A Portaria MS/SAS n. 187/1998 inclui novos procedimentos relativos à cirurgias múltiplas em pacientes com lesões lábio palatais ou crânio faciais e a Portaria MS/SAS n. 503/1999 cria grupos de procedimentos para utilização exclusiva em hospitais autorizados a realizarem os procedimentos de alta complexidade em lesões lábio palatais/deformações crânio-faciais.

Finalmente, por meio da Portaria Conjunta MS/SE/SAS n. 35/1999, fica definido que o financiamento de procedimentos relacionados, relativos a essas deformidades, será pelo Faec.

Mais duas Portarias (Portaria Conjunta MS/SE/SAS n.º 51/1999 e Portaria MS/SAS n. 431/2000) tratam de alterar e excluir procedimentos relativos ao tratamento e reabilitação dos portadores dessas lesões, na tabela de procedimentos do SIH/SUS.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDON, C.; FERREIRA, M.C.; TEIXEIRA, C. Planejamento & Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde. Série: Informação para Tomadores de Decisão em Saúde Pública. São Paulo: Bireme/Opas/OMS, 2002. p. 23.

BARBOSA, A.P; CUNHA, A.J.L.A.; CARVALHO, R.M.; PORTELLA, A.F; ANDRADE, M.PF; BARBOSA, M.C.M; Neonatal and pediatric intensive care in Rio de Janeiro: distribution of beds and analysis of equity. Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo, v.48, n.4, 2002. p. 303-311.

DOCTEUR, E.; OXLEY, H. Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience. Organisation for Economic Co-operation and Development – OECD HEALTH WORKING PAPERS. DELSA/ELSA/WD/HEA(2003)9. 05-Dec-2003.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares – POF 2002-2003. RJ, Brasil, 2004.

MALIK, A.M.; SCHIESARI, L.M.C. Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde, volume 3 – Série Saúde & Cidadania. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo: 1998. p. 1. Disponível em http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saude_cidadania/index.html

MÉDICI, A.C. Aspectos Teóricos e Conceituais do Financiamento das Políticas de Saúde. In Piola SF, Vianna SM (org). Economia da Saúde – Conceito e Contribuição para a Gestão da Saúde. 3ª ed., Brasília, IPEA;2002. p. 23-68.

MENDES, E.V. Os Grandes Dilemas do SUS. Coleção Saúde Coletiva, Editora Casa da Saúde, 2001.

_____. Redes de Atenção à Saúde. Texto ainda não publicado, utilizado em oficina realizada pelo CONASS. Belo Horizonte, junho de 2005.

Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 27 e 140. Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/>

OMS / Organização Mundial de Saúde. Relatório Mundial. Cuidados Inovadores para Condições Crônicas – Componentes Estruturais de Ação. 2002. p. 40.

SOUZA, C.F.M.; SCHWARTZ, I.V; GIUGLIANI, R. Triagem neonatal de distúrbios metabólicos. Ciênc. saúde coletiva., Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, 2002. p. 129 a 137.

TANCREDI, F.B.; BARRIOS, S.R.L.; FERREIRA, J.H.G. Planejamento em Saúde, volume 2 – Série Saúde & Cidadania. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São PAULO, São Paulo: 1998. pag. 19 e 20. Disponível em http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saude_cidadania/index.html

SITES INDICADOS E PRINCIPAIS PORTARIAS / OUTRAS NORMAS POR ASSUNTO

(Dentro dos assuntos, as normas estão ordenadas por data de edição)

Atenção: A íntegra das portarias do MS podem ser obtidas na Internet no “site” do Ministério em <<http://portal.saude.gov.br/saudelegis/>> ou da SAS/MS em <<http://www.saude.gov.br/sas>>

<<http://www.conass.org.br>>

<<http://www.fbh.com.br/> > procurar no item Portarias

As RDC e outras normas da Anvisa podem ser encontradas em seu “site” <<<http://www.anvisa.gov.br/legis/index.htm>>>.

Outros “sites” que disponibilizam informações e normas SUS na íntegra para determinados setores da saúde são:

<<http://www.sbn.org.br>> para normas sobre nefrologia, diálise, etc.

<<http://www.soben.org.br>> para normas sobre nefrologia, diálise, etc.

<<http://www.sobrati.com.br>> para normas sobre terapia intensiva

<<http://www.medicinaintensiva.com.br>> para normas sobre terapia intensiva

<<http://www.amib.org.br>> para normas sobre terapia intensiva

<<http://www.sbcbr.org.br/>> para informações sobre cirurgia bariátrica

<<http://www.sbnpe.com.br>> para informações sobre terapia nutricional

<<http://www.inca.gov.br>> para informações sobre câncer e oncologia

<http://www.saude.gov.br/dab/saudebucal/brasil_sorridente.php> para saúde bucal

<http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=140> Programa Viva Mulher

<http://www.saude.gov.br/editora/produtos/livros/genero/s_mulher.htm> Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

1. ASSISTÊNCIA AO PORTADOR DE LESÃO LÁBIO PALATAL OU CRÂNIO FACIAL

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 126, de 17 de setembro de 1993. Inclui na Tabela de Procedimentos do SIH/SUS códigos para cirurgias de boca e face. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 62, de 19 de abril de 1994. Estabelece as normas para cadastramento dos hospitais que realizem procedimentos integrados para realização estético-funcional nos portadores de má-formação lábio-palatal para o SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 187, de 16 de outubro de 1998. Inclui novos procedimentos relativos às cirurgias múltiplas em pacientes com lesões lábio palatais ou crânio faciais. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 503, de 03 de setembro de 1999. Cria grupos de procedimentos e procedimentos para utilização exclusiva em hospitais autorizados a realizarem os procedimentos de alta complexidade em lesões lábio palatais/deformações crânio faciais. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/SE/SAS n. 35, de 15 de setembro de 1999. Define o financiamento de procedimentos relacionados, relativos às deformidades crânio faciais e lábio palatais, pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – Faec. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/SE/SAS n. 51, de 14 de dezembro de 1999. Altera a descrição dos grupos de procedimentos relativos às deformidades crânio faciais e lábio palatais na tabela de procedimentos do SIH/SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 431, de 14 de novembro de 2000. Inclui e exclui procedimentos na tabela de procedimentos do SIH/SUS, relativos às deformidades crânio faciais e lábio palatais. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

2. ÁREA DE SAÚDE DA CRIANÇA

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 1091, de 25 agosto 1999. Cria a Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal, no âmbito do SUS, para o atendimento ao recém-nascido de médio risco. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 155, de 14 de setembro de 1994. Estabelece diretrizes e normas do Hospital Amigo da Criança. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 72, de 2 de março de 2000. Inclui na tabela do SIH/SUS procedimento do atendimento ao RN de baixo peso. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 569, de 01 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento - PHPN, republicada em 18 agosto 2000. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 693, de 5 de julho de 2000. Aprova a norma de orientação para a implantação do Método Canguru. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/SAS n. 756, de 16 de dezembro de 2004. Estabelece normas para o processo de habilitação do Hospital Amigo da Criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

3. ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE AO PORTADOR DE OBESIDADE GRAVE

_____. Ministério do Meio Ambiente. Resolução Conama n. 05, de 05 de agosto de 1993. Define resíduos sólidos, plano de gerenciamento, o sistema de tratamento e o sistema de disposição final de resíduos sólidos. Brasília: Ministério do Meio Ambiente, 1993.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 494, de 26 agosto 1999. Definir “acesso” aos serviços especializados de que tratam o Artigo 2º da Portaria GM/MS n. 2.920/98 e o item 2.3 do Anexo da Portaria GM n. 3.432/98, como a disponibilidade de realização, numa rede de serviços de referência, daqueles procedimentos de alta complexidade não disponíveis nos serviços cadastrados. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 628, de 26.04.2001. Aprova na forma do Anexo I desta Portaria, o protocolo de indicação de tratamento cirúrgico da obesidade mórbida – gastroplastia no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 545, de 18 de março de 2002. Inclui na Tabela de Procedimentos do SIH-SUS o grupo de procedimentos relacionados nessa Portaria. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 554, de 20 de março de 2002. Revoga a Portaria GM n. 1884, de 11 de novembro de 1994, do Ministério da Saúde publicada no Diário Oficial da União de 15 de dezembro de 1994. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 307, de 14 de novembro de 2002. Altera a Resolução RDC n. 50 de 21 de fevereiro de 2002 que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 189, de 18 de julho de 2003, altera a Resolução - RDC n. 50 de 21 de fevereiro de 2002 que dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM n. 1766, de 11 de julho de 2005. Estabelece normas seguras para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, definindo indicações, procedimentos aceitos e equipe. Publicada no D.O.U. de 11 de julho de 2005, Seção I, p. 114.

4. ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM TERAPIA NUTRICIONAL

_____. Ministério da Previdência e Assistência social. Ordem de serviço Inamps/Das n. 172, de 20 de setembro de 1989. Dispõe sobre a realização dos procedimentos de suporte nutricional (nutrição parenteral e enteral). Brasília: Ministério da Previdência e Assistência Social, 1989.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Visa/MS n. 272, de 08 de abril de 1998. Aprova regulamento técnico para fixar os requisitos mínimos para a terapia nutricional parenteral. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Visa/MS n. 272, de 15 de abril de 1999. Republicação. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta SE/SAS n. 38, de 29 de setembro de 1999. Inclui na Tabela SIH/SUS, procedimentos de Nutrição Enteral. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 623, de 05 de novembro de 1999. Determina que Hospitais interessados em realizar os procedimentos de nutrição enteral devem solicitar seu cadastramento ao Gestor. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 90, de 22 de março de 2000. Inclui na FCT o Serviço de Nutrição Enteral. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 63, de 06 de julho de 2000. Aprova o regulamento técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a terapia nutricional Enteral. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 386, de 13 de outubro de 2000. Altera sistemática de cobrança dos procedimentos de nutrição enteral. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM 343 de 07 de março de 2005. Institui mecanismos para a organização e implantação da assistência de alta complexidade em terapia nutricional. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 55, de 22 de fevereiro de 2001. Prorroga prazo para encaminhamento da relação de Unidades Hospitalares cadastradas. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos de Saúde - Substitui a Portaria n. 1884 de 11 de novembro de 1994. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 307, de 14 de novembro de 2002. Altera a Resolução - RDC n. 50 de 21 de fevereiro de 2002. Que dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 189, de 18 de julho de 2003. Altera a Resolução - RDC n. 50 de 21 de fevereiro de 2002 que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 45, de 12 de março de 2003. Dispõe sobre o regulamento de boas práticas de utilização de soluções parenterais em serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 343, de 07 de março de 2005. Institui no SUS, mecanismos para a organização e implantação da assistência de alta complexidade em terapia nutricional. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 135, de 08 de março de 2005. Altera a tabela de serviços/classificação dos sistemas de informações (SCNES/SAI/SIH-SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 224, de 23 de março de 2006. Estabelece normas de credenciamento de unidades de assistência e centros de referência em alta complexidade em terapia nutricional. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 97, de 14 de fevereiro de 2006. Define que o leite materno ou fórmula láctea infantil, administrada por via nasogástrica ou nasoentérica, não são consideradas como terapia enteral. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 598, de 23 de março de 2006. Define que os processos administrativos relativos à gestão do SUS sejam definidos e pactuados no âmbito das Comissões Intergestores Bipartite (CIB). Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 253, DE 07 de abril de 2006. Disponibiliza o site do MS para fins de consulta, o formulário “banco de dados de pacientes em uso de terapia nutricional”. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 304, de 03 de maio de 2006. Complementa a Portaria SAS/MS 135, de 08 de agosto de 2005. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 385, de 26 de maio de 2006. Altera prazos estipulados no artigo 12 da Portaria SAS/MS 224, de 23 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 714, de 28 de setembro de 2006. Prorroga o prazo para habilitação até 28 de fevereiro de 2007. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Conselho Federal de Farmácia. Resolução CRF n. 247/93. Ratifica competência legal para o exercício da atividade de Nutrição Parenteral e Enteral pelo Farmacêutico.

Conselho Federal de Nutrição. Resolução CFN n. 304, de 26 de fevereiro de 2003. Dispõe sobre critérios para prescrição dietética na área de nutrição clínica.

5. ASSISTÊNCIA EM UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO

_____. Ministério do Meio Ambiente. Resolução Conama n. 5, de 05 de agosto de 1993. Define resíduos sólidos, plano de gerenciamento, o sistema de tratamento e o sistema de disposição final de resíduos sólidos. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2919, de 09 de junho de 1998. Estabelece critérios de classificação entre as diferentes Unidades de Tratamento Intensivo. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 3432, de 12 de agosto de 1998. Inclui na Tabela do Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS, os grupos de procedimentos abaixo relacionados, exclusivos para cobrança por hospitais habilitados. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 294, de 15 de julho de 1999. Aprovar as seguintes instruções quanto à realização e cobrança dos transplantes de órgãos no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1091, de 25 de agosto de 1999. Cria a Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal, no âmbito do SUS, para o atendimento ao recém-nascido de médio risco. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 494, de 26 de agosto de 1999. Definir “acesso” aos serviços especializados de que tratam o Artigo 2º da Portaria GM/MS n. 2.920/98 e o item 2.3 do Anexo da Portaria GM/MS n. 3.432/98, como a disponibilidade de realização, numa rede de serviços de referência, daqueles procedimentos de Alta Complexidade não disponíveis nos serviços cadastrados. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 332, de 24 de março de 2000. Altera no item 2, subitem 2.1 do Anexo da Portaria GM/MS n. 3.432, de 12 de agosto de 1998, as alíneas referentes à responsável técnico e médico diarista. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 569, de 01 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 905, de 16 de agosto de 2000. Estabelece a obrigatoriedade do efetivo funcionamento de Comissão Intra-hospitalar de Transplantes passa a integrar o rol das exigências para cadastramento. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de Estabelecimentos de Saúde - Substitui a Portaria n. 1884 de 11 de novembro de 1994. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 554, de 20 de março de 2002. Revoga a Portaria GM/MS 1884, de 11 de novembro de 1994, do Ministério da Saúde publicada no Diário Oficial da União de 15 de dezembro de 1994.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 307, de 14 de novembro de 2002. Altera a Resolução - RDC n. 50 de 21 de fevereiro de 2002 que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 189, de 18 de julho de 2003, altera a Resolução - RDC n. 50 de 21 de fevereiro de 2002 que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1071, de 07 de julho de 2005. Determina que a Secretaria de Atenção à Saúde submeta à Consulta Pública a minuta da Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1187, de 13 de julho de 2005. Suspende por até 30 dias, o efeito das Portarias para análise de impactos financeiros e apreciação da Comissão Intergestores Tripartite.

_____. Ministério da Saúde. Consulta Pública n. 3, de 07 de julho de 2005. Submeter à Consulta Pública a minuta da Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Consulta Pública Anvisa n. 21, de 27 de abril de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 629, de 25 de agosto de 2006. Descentraliza para gestores estaduais e municipais, o registro de habilitações no CNES de alguns procedimentos, dentre os quais, laqueaduras, vasectomias e cuidado intermediário neonatal. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

6. FINANCIAMENTO

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

7. GESTÃO DO SUS

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 598, de 23 de março de 2006. Define que os processos administrativos relativos à gestão do SUS sejam definidos e pactuados no âmbito das Comissões Intergestores Bipartite. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

8. PACTO PELA SAÚDE

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 699, de 30 de março de 2006. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

9. PARÂMETROS ASSISTENCIAIS:

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1101, de 12 de junho de 2002. Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

10. PLANO NACIONAL DE SAÚDE DO SISTEMA PENITENCIÁRIO

_____. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial n. 1777, de 09 de setembro de 2003. Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, que é constante do ANEXO I da Portaria. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 240, de 31 de janeiro de 2007. Publica os novos valores de custeio do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

11. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO AO PORTADOR DE DOENÇA RENAL

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2616, de 12 de maio de 1998. Programa de controle e prevenção de infecção e de eventos adversos. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 50, de 21 de fevereiro de 2002. Regulamento para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos de assistência à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 307, de 14 de 11 de 2002. Altera a Resolução - RDC n. 50 de 21 de fevereiro de 2002 que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1112, de 13 de junho de 2002. Define o financiamento pelo FAEC (Fundo de Ações Estratégicas e Compensação). Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 33, de 25 de fevereiro de 2003. Regulamento Técnico de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 189, de 18 de julho de 2003. Altera a Resolução - RDC n. 50 de 21 de fevereiro de 2002 que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 518, de 25 de março de 2004. Aprova Normas de Qualidade da Água. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1168, de 15 de junho de 2004. Institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 214, de 15 de junho de 2004. Inclui, exclui e altera redação de procedimentos relacionados à TRS, nas tabela do SIH e SIA/SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 154, de 15 de junho de 2004. Republicada em 31 de maio de 2006, DOU n. 103 – Estabelece Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços e Diálise. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 312, de 24 de outubro de 2005. Sangue e Derivados. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa RE n. 1.671, de 30 de maio de 2006. Estabelece Indicadores para subsidiar avaliação dos serviços de diálise. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 432, de 06 de junho de 2006. Determina que as SES implantem as Redes Estaduais de Assistência em Nefrologia na alta complexidade e revoga a Portaria SAS/MS n. 211 de 16 de junho de 2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1604, de 17 de julho de 2006. Redefine, Excepcionalmente para as competências Maio e junho/2006, os Limites Financeiros destinados ao custeio da TRS para os Estados, Municípios e Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1603, de 17 de julho de 2006. Redefine Limites Financeiros destinados ao custeio da TRS para os Estados, Municípios e Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

12. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO AO PORTADOR DE DOENÇA NEUROLÓGICA

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 3432, de 12 de agosto de 1998. Estabelece critérios para credenciamento de Unidades de Terapia Intensiva. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 165, de 23 de setembro de 1998. Cria grupo de procedimentos da Tabela do SIH-SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 494, de 26 de agosto de 1999. Define acesso a serviços especializados - referências. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 296, de 15 de julho de 1999. Regulamenta procedimentos quimioterápicos e radioterápicos no âmbito do SIA/SUS, tem o parágrafo 2º do Artigo 6º revogado pela Portaria SAS/MS 757/2005, republicada no DOU de 03 de fevereiro de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 554, de 20 de março de 2002, revoga a Portaria GM/MS 1884/1994 – Normas para projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 1161, de 07 de julho de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica, retificada no DOU de 10 de janeiro de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 756, de 27 de dezembro de 2005. Define as Redes Estaduais e/ou Regionais de Assistência ao Paciente Neurológico na Alta Complexidade. Seus Anexos V, VI e VII foram republicados no DOU de 26 de maio de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 757, de 27 de dezembro de 2005. Republicada no DOU de 03 de fevereiro de 2006. Altera tabela de procedimentos do SIA e SIH/SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 714, de 28 de setembro de 2006. Prorroga prazo para credenciamento/habilitação, para 28 de fevereiro de 2007. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Anvisa n. 453, de 91 de junho de 1998. Estabelece diretrizes básicas de proteção radiológica. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 151, de 21 de agosto de 2001. Aprova Regulamento Técnico sobre Níveis de Complexidade dos Serviços de Hemoterapia. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 50, de 21 de fevereiro de 2002. Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, Elaboração e Avaliação de Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 307, de 14 de 11 de 2002. Altera a Resolução - RDC n. 50 de 21 de fevereiro de 2002 que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 189, de 18 de julho de 2003. Altera a Resolução - RDC n. 50 de 21 de fevereiro de 2002 que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 153, de 14 de junho de 2004. Regulamento Técnico de Procedimentos Hemoterápicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 306, de 06 de dezembro de 2004. Co-nama -define o Regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 1161 de 7 de julho de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

13. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE AUDITIVA

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1060, de 05 de junho de 2002. Aprovou a Política Nacional da Pessoa Portadora de Deficiência. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2073, de 28 de setembro de 2004. Institui A Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 587, de 07 de outubro de 2004. Determinou que as Secretarias de Estado da Saúde adotassem as providências necessárias à organização e implantação das Redes Estaduais de Atenção à Saúde Auditiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 589, de agosto de outubro de 2004. Altera a tabela de procedimentos SIA/SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 1995.

14. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1692, de 14 de setembro de 1995. Institui o Índice de Valorização Hospitalar de Emergência (IVH-E). Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2923, de 09 de 06 de 1998. Institui o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgência e Emergência. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 479, de 14 de abril de 1999. Altera os mecanismos para a implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgência e Emergência. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 727, de 07 de dezembro de 1999. Altera o Anexo da Portaria GM/MS 479/1999. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 737, de 16 de maio de 2001. Aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 814, de 01 de junho de 2001. Estabelece conceitos, princípios e diretrizes da Regulação Médica das Urgências e Normatiza o Atendimento Pré-Hospitalar Móvel. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2048, de 05 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 969, de 11 de dezembro de 2002. Aprova e Institui no âmbito do SUS, o novo modelo de formulário de Registro de Atendimento de Urgências e Emergências. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 970, de 11 de dezembro de 2002. Aprova e Institui no âmbito do SUS, o Sistema de Informações em Saúde para os Acidentes e Violência/Causas Externas – SISAV. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 601, de 15 de maio de 2003. Dispõe sobre Normas de Cooperação Técnica e Financeira de Projetos e Programas, mediante celebração de Convênios. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política de Atenção às Urgências. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1864, de 29 de setembro de 2003. Institui o Componente Pré-Hospitalar Móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências (SAMU 192). Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2072, de 30 de outubro de 2003. Institui o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1828, de fevereiro de setembro de 2004. Institui Incentivo Financeiro para adequação da área física das Centrais de Regulação Médica de Urgência em Estados, Municípios e Regiões de todo o território nacional – (Revoga os parágrafos 1º do Artigo 4º, 8º do artigo 3º e 2º do artigo 9º da Portaria GM/MS 1864/2003). Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1927, de 15 de setembro de 2004. Estabelece Incentivo Financeiro aos Estados e Municípios com Serviços de Atendimento Móvel de Urgência –SAMU 192, qualificados pelo MS, para adequação de áreas físicas das Centrais de Regulação de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1929, de 15 de setembro de 2004. Exclui do Teto de MAC dos Estados e Municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal, os recursos destinados ao custeio dos Serviços de Atendimento Móvel de

Urgência – SAMU 192 (inicialmente o recurso de custeio foi incorporado aos limites de MAC dos gestores, porém, por tratar-se de incentivo, foram excluídos do MAC, mantendo o repasse mensal fundo a fundo). Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2429, de 09 de novembro de 2004. Constitui Grupo Técnico visando avaliar e recomendar estratégias de intervenção do SUS, para abordagem dos episódios de morte súbita. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2657, de 16 de dezembro de 2004. Estabelece atribuições das Centrais de Regulação Médica de Urgências e o Dimensionamento Técnico para a Estruturação e Operacionalização das Centrais SAMU 192. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 50, de 21 de fevereiro 2002. Regulamento para Planejamento, Programação, Elaboração e Avaliação de Projetos Físicos de Estabelecimentos de Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 307, de 14 de novembro de 2002. Altera a Resolução - RDC n. 50 de 21 de fevereiro de 2002 que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM n. 1651/2002. Adota Manual de Procedimentos Administrativos para os Conselhos de Medicina. Brasília: 2002.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 189, de 18 de julho de 2003. Altera a Resolução - RDC n. 50 de 21 de fevereiro de 2002 que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Decreto n. 5.055, de 27 de abril de 2004. Institui o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, em Municípios e Regiões do território nacional.

Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM n. 1671, de 09 de julho de 2003. Dispõe sobre o regulamento do atendimento pré-hospitalar. Brasília, 2003.

Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM n. 1672, de 9 de julho de 2003. Dispõe sobre o transporte Inter-hospitalar de pacientes. Brasília, 2003.

15. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO CARDIOVASCULAR

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1169, de 15 de junho de 2004. Instituiu a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 210, de 15 de junho de 2004. Conceituou os serviços, estabeleceu prazos, fluxos e exigências mínimas para integrar a Rede de Atenção Cardiovascular, alterada pela Portaria SAS/MS n. 123, de 28 de fevereiro de 2005 e pela Portaria SAS/MS n. 384, de 26 de maio de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Outras normas complementares sobre o assunto:

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 50, de 21 de fevereiro de 2002. Regulamento para Planejamento, Programação, Elaboração e Avaliação de Projetos Físicos de Estabelecimentos de Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa – RDC n. 307, de 14 de novembro de 2002. Altera a Resolução - RDC n. 50 de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 189, de 18 de julho de 2003. Altera a Resolução - RDC n. 50 de 21 de fevereiro de 2002 que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 215, de 15 de junho de 2004. Altera a tabela de procedimentos do SIH e atribui compatibilidade entre o procedimento especial e o procedimento realizado e indicações para realização de ecocardiografia de estresse, ecocardiografia transesofágica. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 216, de 15 de junho de 2004. Altera na tabela do SIA a descrição do Grupo-Hemodinâmica e do Sub-grupo-Hemodinâmica/Cateterismo/Angiografia. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 217, de 15 de junho de 2004. Que altera a classificação do serviço de cardiologia, ultra-sonografia no SIA e no CNES. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 218, de 15 de junho de 2004. Que exclui e inclui na tabela de OPM do SIH/SUS os materiais que constituem o conjunto para CEC. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 494, de 10 de setembro de 2004. Altera procedimentos da tabela SIA e inclui no Sistema APAC as arteriografias, ecocardiografia de estresse, ecocardiografia transesofágica e a biópsia endomiocárdica. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 511, de 22 de setembro de 2004. Complementa a Portaria SAS/MS n. 215/2.004. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 513, de 22 de setembro de 2004, que altera os códigos e a descrição dos procedimentos da tabela do SIH e inclui outros. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 173, de 28 de março de 2005. Estabelece compatibilidades entre os procedimentos da assistência cardiovascular e as órteses e materiais da tabela SIH/SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 630, de 04 de novembro de 2005. Inclui novos procedimentos que poderão ser realizados pelas Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 2.257, de 23 de novembro de 2005. Retificada em 07 de dezembro de 2005, que altera os valores dos procedimentos da relação de órteses e próteses e materiais especiais, relacionados à assistência cardiovascular e outros. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 96, de 14 de fevereiro de 2006. Republicada em 16 de março de 2006, que altera Portaria 732/2002 que estabelecia compatibilidade em procedimentos de hemodinâmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

16. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO DE ALTA COMPLEXIDADE EM TRÁUMATO-ORTOPEDIA

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 50, de 21 de fevereiro de 2002. Regulamento para Planejamento, Programação, Elaboração e Avaliação de Projetos Físicos de Estabelecimentos de Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 307, de 14 de dezembro de 2002 - altera a Resolução - RDC n. 50 de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 189, de 18 de julho de 2003. Altera a Resolução - RDC n. 50 de 21 de fevereiro de 2002 que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 221, de 15 de fevereiro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 95, de 14 de fevereiro de 2005. Define atribuições às Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 401, de 16 de março de 2005. Institui o Projeto de Estruturação e Qualificação dos Serviços Pré-Existentes de Ortopedia, Traumatologia e Reabilitação Pós-Operatória no âmbito do Sistema Único de Saúde - Projeto Suporte. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 664, de 23 de novembro de 2005. Mantém os procedimentos estabelecidos na Portaria SAS/MS n. 893, de 12 de novembro de 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 316, de agosto de maio de 2006. Inclui no SIH o Tipo de Vínculo 52 - Profissional do INTO Prestando Atendimento Ortopédico do Projeto Suporte, a ser utilizado exclusivamente para registro dos procedimentos cirúrgicos.

17. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 31, de 15 de fevereiro de 1993. Inclui no SIH/SUS os grupos de procedimentos que permitem cobrança do atendimento ao recém nascido. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 96, de 14 de junho de 1994. Desvincula o pagamento do pediatra no atendimento do recém nascido em sala de parto, da conta hospitalar, republicada em 01.07.1994. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1113, de 15 de junho de 1994. Inclui no SIH/SUS e SIA/SUS, procedimentos relacionados a atendimento obstétrico, inclusive aqueles exclusivos para Hospitais Amigos da Criança, relacionados em seu Anexo. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 155, de 14 de setembro de 1994. Define critérios para promoção do aleitamento materno através de criação de Hospitais Amigo da Criança. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.



_____. Ministério da Saúde. Portaria CNS/MS n. 174, de 09 de novembro de 1995. Estabelece que a comissão Tripartite reveja a questão do pagamento diferenciado na tabela do SIH/SUS entre Parto Normal e Parto Cesárea. Brasília: Ministério da Saúde, 1995.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2815, de 29 de maio de 1998. Inclui na tabela do SIH/SUS, procedimentos de Parto Normal sem Distócia Realizado por Enfermeiro Obstetra. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2816, de 29 de maio de 1998. Determina pagamento de percentual máximo de cesarianas em relação ao total de partos por hospital. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2817, 29 de maio de 1998. Inclui no campo da AIH “Motivo de Cobrança”, os itens Alta da parturiente e Permanência do RN, republicada em 15.06.98. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2883, de 4 de junho de 1998. Institui Prêmio Nacional Galba de Araújo.702, de 12.04.2002. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 3016, de 19 de junho de 1998. Institui o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para Atendimento à Gestante de Alto Risco. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 3017, de 19 de junho de 1998. Inclui na Tabela do SIH procedimentos relacionados à gravidez de alto risco e estabelece critérios para hospitais no Sistema de Referência Hospitalar no Atendimento Secundário à Gestante de Alto Risco – revogada pela Portaria GM/MS n. 3482/1998. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 94, de 16 de junho de 1998. Determina a AIH sistemática de apresentação e rejeição de parto. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 3040, de 21 de junho de 1998. Institui o Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo de Útero. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 3477, de 20 de agosto de 1998. Cria mecanismos para implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar no Atendimento à Gestante de Alto Risco. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.



_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 3482, de 20 de agosto de 1998. Inclui na Tabela do SIH os grupos de procedimentos relacionados exclusivos para cobrança nos hospitais habilitados nos Sistemas de Referência Hospitalar, no atendimento terciário à Gestante de Alto Risco, republicada em 25. agosto.98. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 139, de 26 de agosto de 1998. Regulamenta a Portaria GM/MS 2817/1998. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 163, de 22 de setembro de 1998. Regulamenta a realização do procedimento Parto Normal sem Distocia, realizado por Enfermeiro Obstetra. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 174, de 26 de abril de 1999. Desvincula os honorários relativos ao atendimento do RN na sala de Parto, pelo pediatra, neonatologista, dos Serviços Hospitalares da AIH, em Hospital Amigo da Criança. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 788, de 23 de junho de 1999. Transfere ao INCA Instituto Nacional do Câncer, a Coordenação do Programa Nacional do Câncer. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 865, de 03 de julho de 1999. Redefine os limites de que trata a Portaria GM/MS 2816/1998. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 888, de 12 de julho de 1999. Institui o Projeto de Casa de Parto e Maternidade Modelo no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 48, de 11 de fevereiro de 1999. Inclui na tabela do SIH/SUS códigos para procedimentos de Esterilização cirúrgica – Planejamento Familiar. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 985, de 05 de agosto de 1999. Cria o Centro de parto Normal. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 408, de 30 de julho de 1999. Define que o pagamento dos procedimentos a citopatologia, histopatologia e controle de qualidade, ficará vinculado a alimentação do SISCOLO, revogada pela Portaria SAS/MS n. 287, de 25.04.2006. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 569, de 01 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento - PHPN, republicada em 18 .agosto.2000. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 570, de 01 de junho de 2000. Institui o Componente I do PHPN – Incentivo à Assistência ao Pré-Natal. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 571, de 01 de junho de 2000. Institui o Componente II do PHPN: Organização, Regulação e Investimentos na Área de Assistência Obstétrica e Neonatal. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 572, de 01 de junho de 2000. Institui o Componente III do PHPN: Nova Sistemática para remuneração de Partos, republicada em 14.11.2000. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 466, de 14 de junho de 2000. Estabelece limites percentuais máximo de cesárea, republicada em 30.06.2000. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 693, de 05 de julho de 2000. Aprova Norma para Orientação para a Implantação do Método Canguru, destinado a oferecer atenção humanizada ao RN de baixo peso. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 072, de 02 de março de 2000. Inclui na Tabela do SIH atendimento ao RN de baixo peso. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 356, de 22 de setembro de 2000. Estabelece recursos financeiros por Estado e DF, para implementação do Componente II do PHPN, republicada em 02.10.2000.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 426, de 04 de abril de 2001. Define para o DF e Estados que não aderiram ao Pacto na forma proposta pela Portaria GM/MS 466/2000, os limites totais de cesárea para o ano de 2001. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 822, de 06 de junho de 2001. Institui o Programa Nacional de Triagem Neonatal. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2080, de 13 de novembro de 2001. Estabelece que as Unidades Federadas que desejarem aderir ao Pacto de redução de taxa de cesárea, apresentem suas propostas. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 179, de 29 de janeiro de 2002. Define o número de cesáreas para o primeiro semestre de 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 938, de 20 de maio de 2002. Inclui na Tabela de Procedimentos Especiais do SIH/SUS, código para remuneração do Incentivo ao Registro Civil de Nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1069, de 05 de junho de 2002. Define mecanismos que possibilitem a ampliação do acesso de portadores triados no Programa Nacional de Triagem Neonatal, ao tratamento e acompanhamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2104, de 19 de novembro de 2002. Institui no âmbito do SUS o Projeto Nascer-Maternidades. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1893, de 02 de outubro de 2003. Institui o dia 1º de outubro como o “Dia Nacional de Doação de Leite Humano”. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1907, de 13 de dezembro de 2004. Institui o Prêmio Nacional Bibi Voguel, destinado ao reconhecimento de ações inovadoras na proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno e a Portaria GM/MS 534/2005 Aprova o Regulamento deste. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 756, de 16 de dezembro de 2004. Estabelece normas para o processo de habilitação do Hospital Amigo da Criança, integrante do SUS e dá prazo de 6 meses para os hospitais já habilitados/credenciados se adequarem. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2418, de 02 de dezembro de 2005. Regulamenta a presença do acompanhante para mulheres gestantes. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto Pela Saúde, definido em três dimensões: Pacto em Defesa do SUS, Pacto pela Vida e Pacto pela Gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 598, de 23 de março de 2006. Define que os processos administrativos relativos à gestão do SUS sejam definidos e pactuados no âmbito das Comissões Intergestores Bipartite.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 238, de 30 de março de 2006. Inclui valor para acompanhante da gestante na Tabela SIH/SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 699, de 30 de março de 2006. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 287, de 24 de abril de 2006. Determina que o pagamento dos procedimentos de citopatologia, histopatologia e monitoramento da qualidade, fica vinculado a alimentação do SISCOLO, nova versão em 2 módulos, revoga a Portaria SAS/MS n.408/1999 e Portaria 62 de janeiro de 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 629, de 25 de agosto de 2006. descentraliza para gestores estaduais e municipais, o registro de habilitações no CNES de alguns procedimentos, dentre os quais, laqueaduras, vasectomias e cuidado intermediário neonatal. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Outras legislações relacionadas:

_____. Lei n. 9253, de 12 de janeiro de 1996. Regula o parágrafo 7º do Artigo 226 da Constituição Federal, que trata do Planejamento Familiar. Brasília, 1996.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 50, de 21 de fevereiro de 2002. Regulamento para Planejamento, Programação, Elaboração e Avaliação de Projetos Físicos de Estabelecimentos de Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 307, de 14 de dezembro de 2002. Altera a Resolução - RDC n. 50 de 21 de fevereiro de 2002 que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 189, de 18 de julho de 2003. Altera a Resolução - RDC n. 50 de 21 de fevereiro de 2002 que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

18. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de Estabelecimentos de saúde - Substitui a Portaria n. 1884 de 11 de novembro de 1994, alterada pela RDC n. 189/2003. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 1.319, de 23 de julho de 2002. Criar, no âmbito do Sistema Único de Saúde, os Centros de Referência em Tratamento da Dor Crônica. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 307, de 14 de dezembro de 2002. Altera a Resolução - RDC n. 50 de 21 de fevereiro de 2002 que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 189, de 18 de julho de 2003. Altera a Resolução - RDC n. 50 de 21 de fevereiro de 2002 que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 220, de 21 de setembro de 2004. Estabelece o regulamento técnico de funcionamento para os serviços de terapia antineoplásica. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 306, de 07 de dezembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 2.439, de 08 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 741, de 19 de dezembro de 2005. Define as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON). Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 2.571, de 27 de dezembro de 2005. Revoga Portarias anteriores: Portaria MS/GM n. 3.535/1998, Portaria MS/GM n. 1.478/1999, Portaria MS/GM n. 1.289/2002.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 20, de 20 de fevereiro de 2006. republicada em 6/2/2006, que estabelece o regulamento técnico para o funcionamento de serviços de radioterapia. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 502, de 06 de julho de 2006. Prorroga, até 30/09/2006, o prazo para instrução dos processos e expedição dos documentos para novo credenciamento/habilitação dos serviços a seguir. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 714, de 28 de setembro de 2006. Prorroga até 28//2007 os prazos para o novo credenciamento/habilitação dos serviços de assistência definidos por intermédio da Portaria SAS/MS n. 385, de 26/05/2006, e da Portaria SAS/MS n. 502, de 06/07/2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

19. POLÍTICA NACIONAL DE PROCEDIMENTOS ELETIVOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 567, de 13 de outubro de 2005. Estabelece a definição da série numérica para as autorizações de internações hospitalares – AIH. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 252, de 06 de fevereiro de 2006. Institui a Política Nacional de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, republicada em 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

20. POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL

_____. Lei Federal n. 6050 de 24 de maio de 1974. Dispõe sobre a fluoretação da água em sistemas de abastecimento quando existir estação de tratamento. Brasília, 1974.

_____. Decreto Federal n. 76872, de 22 de dezembro de 1975. Regulamenta a Lei n. 6050. . Brasília, 1975.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 635, de 23 de dezembro de 1975. Aprova as normas e padrões sobre a fluoretação da água dos sistemas públicos de abastecimento, destinada ao consumo humano. . Brasília, 1975.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 74, de 20 de janeiro de 2004. Reajusta os valores dos incentivos financeiros às Ações de Saúde Bucal no âmbito do PSF e inclui procedimentos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 518, de 25 de março de 2004. Estabelece os procedimentos relativos ao controle e vigilância da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1572, de 29 de julho de 2004. Estabelece o pagamento de próteses dentárias totais em LRPD. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 562, de 30 de setembro de 2004. Define alterações na tabela dos Sistemas de Informações (SCNES, SIA e SIH/SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 566, de 06 de outubro de 2004. Altera a tabela do SIA/SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 283, de 22 de fevereiro de 2005. Antecipação do incentivo financeiro para Implementação dos CEO. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1063, de 04 de julho de 2005. Define critérios, normas e requisitos para implantação e credenciamento de CEO e LRPD. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 411, de 09 de agosto de 2005. Altera a tabela de procedimentos do SIA/SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 414, de 11 de agosto de 2005 – Tabela de Habilitações de Serviços e Regras Contratuais.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2304, de 28 de novembro de 2005. Autoriza, excepcionalmente, a produção de procedimentos de prótese dentária para Serviços relacionados em seu anexo. (Revogada pela Portaria GM/MS 930, de 02 de maio de 2006). Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 683, de 12 de dezembro de 2005. Incorpora regra de habilitação para consistências no SIA e SIH /SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 36, de 01 de fevereiro de 2006. Inclui compatibilidade entre procedimentos e habilitações, para próteses parciais removíveis - mandibular e maxilar. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 599, de 23 de março de 2006. Define a implantação de CEO e LRPD e estabelece normas, critérios e requisitos para seu credenciamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 600, de 23 de março de 2006. Institui o financiamento dos CEO. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 930, de 02 de maio de 2006. Prorroga em caráter excepcional os prazo da Portaria GM/MS 2304 de 28 de novembro de 2005. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

21. POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2414, de 23 de março de 1998. Estabelece requisitos para credenciamento de Unidades Hospitalares e critérios para realização de internação em regime de hospital dia geriátrico. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 99, de 05 de fevereiro de 1999. Dispõe sobre Imunização à população acima de 65 anos, revogada pela Portaria GM/MS n. 87, de 05 de fevereiro de 2003, que atualiza a designação e altera para população acima de 60 anos. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.



_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 280, de 07 de abril de 1999. Torna obrigatório aos hospitais públicos, contratados e conveniados com o SUS, a viabilização de meios que permitam a presença do acompanhante de pacientes maiores de 60 anos. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 830, de 24 de junho de 1999. Inclui na tabela de procedimentos do SIH/SUS código para cobrança da diária do acompanhante para pacientes idosos. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1395, de 10 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 702, de 12.04.2002 – Cria mecanismos para Organização e Implementação das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 249, de 12 de abril de 2002. Aprova as Normas para cadastramento de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 738, de 12 de abril de 2002. Inclui procedimentos na tabela do SIH/SUS a serem realizados pelos Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 967, de 11 de dezembro de 2002. prorroga prazo para Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso, credenciados com pendências se adequarem. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2206, de 18 de novembro de 2003. Cria Grupo de Trabalho para implementação do Estatuto do Idoso no âmbito do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2205, de 18 de novembro 2003. Cria Grupo de Trabalho para Formular uma proposta de Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de idosos abrigados e acolhidos em instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e conveniadas com o poder público. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 699, de 30 de março de 2006. Regulamenta as Diretrizes Operacionais do Pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.



_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2529, de 19 de outubro de 2006. Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS, priorizando o grupo populacional de idosos - revoga a Portaria GM/MS n. 2416/1998. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Outras legislações relacionadas:

_____. Lei n. 8842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília, 1994.

_____. Decreto n. 1948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei n° 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Brasília, 1996.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de Estabelecimentos de Saúde - Substitui a Portaria n. 1884 de 11 de novembro de 1994. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprovar a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa – RDC n. 307, de 14 de novembro de 2002. altera a Resolução - RDC n. 50 de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 189, de 18 de julho de 2003, altera a Resolução - RDC n. 50 de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Lei n. 10741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. RDC Anvisa n. 283, de 26 de setembro de 2005. Aprova Regulamento Técnico para Funcionamento de Instituições de Longa Permanência para Idosos. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

22. POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA

_____. Lei Federal n. 8080, de 19 de setembro de 1980. Dispõe sobre as condições de Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde. Brasília, 1980.

_____. Lei Federal n. 7853, de 24 de outubro de 1989. Dispõe sobre apoio às Pessoas Portadoras de Deficiência. Brasília, 1989.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 827, de 1991. Institui o Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Brasília: Ministério da Saúde, 1991.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SNAS/MS n. 204/91. Insere no SIH/SUS o tratamento em reabilitação e seus procedimentos. Brasília: Ministério da Saúde, 1991.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SNAS/MS n. 225/92. Estabelece critérios para credenciamento e realização de reabilitação em hospitais gerais. Brasília: Ministério da Saúde, 1992.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SNAS/MS n. 237/92. Estipula normas para realização de procedimentos ambulatoriais referentes à reabilitação de pessoas portadoras de deficiência no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 1992.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SNAS/MS n. 303/92. Inclui no SAI/SUS procedimentos de reabilitação e modifica a Portaria SNAS/MS 225/92. Brasília: Ministério da Saúde, 1992.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SNAS/MS n. 304/92. Fixa norma e procedimentos de reabilitação e modifica a Portaria SNAS/MS 235/92. Brasília: Ministério da Saúde, 1992.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SNAS/MS n. 305/92. Inclui internação em reabilitação no SIH/SUS, modifica a Portaria SNAS/MS 204/91. Brasília: Ministério da Saúde, 1991.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SNAS/MS n. 306/92. Apresenta normas de procedimentos de reabilitação, modifica a Portaria SNAS/MS 236/92. Brasília: Ministério da Saúde, 1992.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 116/93. Inclui a concessão de órteses e próteses na tabela de procedimentos ambulatoriais do SUS e Portaria SAS/MS 146/93 que regulamenta a concessão de órteses e próteses visando a reabilitação e a inserção social. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

_____. Decreto Federal n. 1680, de 18 de outubro de 1995. Dispõe sobre a competência, a composição e o funcionamento do Conselho Consultivo da Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. Revoga o Decreto 214 de 12.09.1991. Brasília, 1995.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 3762, de 20 de outubro de 1998. Cria Grupos de procedimentos da tabela SIH/SUS para deficientes Auditivos e lesões palatais, republicada no DO de 09.11.98 e alterada pela Portaria GM/MS 4011, de 14.12.98. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 226, de 02 de dezembro de 1998. Altera a sistemática de apresentação de AIH. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Decreto Federal n. 3298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei 7.853 de 24 de outubro de 1989. Dispõe sobre Política Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. Brasília, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 818, de 05 de junho de 2001. Cria mecanismos para organização e implantação de redes estaduais de assistência à pessoa portadora de deficiência física. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 298, de 09 de agosto de 2001. Institui Atestado da Equipe Multiprofissional do SUS, a ser utilizado para identificação de pessoas portadoras de Deficiência. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 185, de 05 de junho de 2001. Altera tabela do SIA/SUS, prorrogada pela Portaria SAS/MS n. 391, de 19.09.01 e Republicada em 05.04.2002, quando exclui o Serviço de Reabilitação: Primeiro Nível de Referência Intermunicipal. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1060, de 05 de junho de 2002. Aprova a Política Nacional da Pessoa Portadora de Deficiência. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1130, de 18 de junho de 2002. Institui no período de Julho a Dezembro de 2002, a Campanha Nacional de Provetização para as Pessoas Portadoras de Deficiência Física. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 1005, de 20 de dezembro de 2002. Inclui no Atestado da Equipe Multiprofissional para identificação das pessoas portadoras de deficiência no Sistema Único de Saúde, as pessoas portadoras de ostomias e as pessoas com insuficiência renal crônica que passam a ser beneficiários do passe livre interestadual. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

23. POLÍTICA NACIONAL PARA HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 1044, de 1º de junho de 2004, retificada no DOU de 21/07/2004. Institui a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte e os requisitos e responsabilidades dos gestores para adesão. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 287, de 28 de junho de 2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 94, de 14 de fevereiro de 2005. Determina o fluxo operacional para a adesão à Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 619, de 25 de abril de 2005. Permite que médicos das equipes de saúde da família atuem nos Hospitais de Pequeno Porte. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 852, de 7 de junho de 2005. Define características que facultam a participação de estabelecimentos de saúde na Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 1955, de 23 de agosto de 2006. Torna adequados os critérios da Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte dos estados participantes da Amazônia Legal. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

24. PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA VENTILATÓRIA NÃO INVASIVA

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1531, de 04 de setembro de 2001. Institui o Programa de Assistência Ventilatória Não Invasiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 364, de 05 de setembro de 2001. Republicada em 01 de outubro de 2001. Incluiu nas Tabelas de Serviço e de Classificação do Serviço do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS (retificada em 01 de outubro). Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

25. PROGRAMA DE REESTRUTURAÇÃO E CONTRATUALIZAÇÃO DOS HOSPITAIS DE ENSINO PÚBLICOS E PRIVADOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

_____. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial MS/MEC n. 1000, de 15 de abril de 2004. Define os critérios obrigatórios para a certificação dos Hospitais de Ensino. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial MS/MEC n. 1005, de 27 de maio de 2004. Define os procedimentos necessários para o processo de certificação e constitui a Comissão de Certificação e o Grupo Técnico de Certificadores. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial MS/MEC n. 1006, de 27 de maio de 2004. Instituiu o Programa de Reestruturação dos hospitais de Ensino do Ministério da Educação no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial MS/MEC n. 2193, de 11 de outubro de 2004. Altera a Portaria Interministerial MS/MEC n. 1005/2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 1702, de 17 de agosto de 2004. Cria o Programa de reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 1703, de 17 de agosto de 2004. Destina recursos para o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino e define o incentivo à contratualização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 2352, de 26 de outubro de 2004. Regulamenta a alocação dos recursos financeiros destinados ao programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

26. PROGRAMA DE REESTRUTURAÇÃO E CONTRATUALIZAÇÃO DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 1721, de 21 de setembro de 2005. Cria o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 635, de 10 de novembro de 2005. Publica o Regulamento Técnico para a implantação e a operacionalização do Programa de Reestruturação dos Hospitais Filantrópicos no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 3123, de 07 de dezembro de 2006. Homologa o Processo de Adesão ao Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde (SUS). Publicada no D.O. de 08 de dezembro de 2006.

27. PROGRAMA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA À DOR E CUIDADOS PALIATIVOS

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 19, de 03 de janeiro de 2002. Institui no âmbito do SUS o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. RDC n. 202, de 18 de julho de 2002. Determina que a Notificação de Receita “A” não será exigida para dispensação de medicamentos à base das substâncias morfina, medatona e codeína, ou de seus sais, a pacientes em tratamento ambulatorial, cadastrados no Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos, do Sistema Único de Saúde, instituído pela Portaria GM/MS n. 19, de 3 de janeiro de 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 1319, de 23 de julho de 2002. Criar no âmbito do Sistema Único de Saúde, os Centros de Referência em Tratamento da Dor Crônica. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 472 de 24 de julho de 2002. Aprova as Normas para Cadastramento de Centros de Referência em Tratamento da Dor Crônica. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 859, de 12 de novembro de 2002. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Uso de Opiáceos no Alívio da Dor Crônica. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 598, de 23 de março de 2006. Define que os processos administrativos relativos à gestão do SUS sejam definidos e pactuados no âmbito das Comissões Intergestores Bipartite. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

28. PROGRAMA NACIONAL DE TRIAGEM NEONATAL

_____. Lei Federal n. 8069, de 13 de junho de 1990. Institui o Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 22, de 15 de janeiro de 1992. Torna obrigatória a inclusão no Planejamento das Ações de Saúde dos Estados, Municípios e do Distrito Federal, do Programa de Diagnóstico Precoce do Hipotireoidismo Congênito e Fenilcetonúria. Brasília: Ministério da Saúde, 1992.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 822, de 06 de junho de 2001. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Triagem Neonatal. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 223, de 22 de junho de 2001. Inclui códigos nas Tabelas de Serviço e Classificação de Serviços do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de Estabelecimentos de saúde - Substitui a Portaria n. 1884 de 11 de novembro de 1994. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa – RDC n. 307, de 14 de novembro de 2002. Altera a Resolução - RDC n. 50 de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 189, de 18 de julho de 2003. Altera a Resolução - RDC n. 50 de 21 de fevereiro de 2002 que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 306, de 07 de dezembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 1391, de 16 de agosto de 2005. Instituiu a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas Portadoras de Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

29. REDE DE ASSISTÊNCIA EM OFTALMOLOGIA

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n° 866, de 09 de maio de 2002. Cria mecanismos para organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência em Oftalmologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 338, de 08 de maio de 2002. (republicada em 17 de junho de 2002), altera a tabela de procedimentos do SIA/SUS e inclui procedimentos. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 339, de 09 de maio de 2002. (republicada em 13 de maio de 2002) - aprova Normas de Classificação e Cadastro de Centros de Referência em Oftalmologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 867, de 09 de maio de 2002. Institui o Programa de Assistência aos Portadores de Glaucoma. Brasília: Ministério da Saúde, 2002

30. REDES ESTADUAIS DE ASSISTÊNCIA A QUEIMADOS

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 1273, de 21 de novembro de 2000. Criar mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência a Queimados. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 1274, de 22 de novembro de 2000, Art. 1º Excluir, a partir de 1º de março de 2001, da Tabela de Procedimentos do SIH-SUS os grupos de procedimentos e procedimentos abaixo descritos: Republicado em 26/fevereiro/2001. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 50, de 21 de fevereiro de 2002. Regulamento para Planejamento, Programação, Elaboração e Avaliação de Projetos Físicos de Estabelecimentos de Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 307, de 14 de novembro de 2002. Altera a Resolução - RDC n. 50 de 21 de fevereiro de 2002 que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 189, de 18 de julho de 2003. Altera a Resolução - RDC n. 50 de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

31. SAÚDE DO TRABALHADOR

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1679, de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 656, de 20 de setembro de 2002. Aprova as normas para cadastramento e habilitação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 666, de 26 de setembro de 2002. Inclui na Tabela de Serviços/Classificação dos serviços do SIA/SUS, o serviço de atenção à saúde do trabalhador. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

32. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DO SUS

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 221, de 24 de março de 1999. Institui a Comunicação de Internação Hospitalar – CIH. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 511, de 29 de dezembro de 2000. Aprovar a Ficha Cadastral dos Estabelecimentos de Saúde - FCES, o Manual de Preenchimento e a planilha de dados profissionais constantes dos anexos desta Portaria, republicada em 19/06/2001. Brasília: Ministério da Saúde, 2000

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 821, de 4 de maio de 2004. Determina a implantação gradativa da descentralização do processamento do Sistema de Informação Hospitalar – SIH. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 743, de 20 de dezembro de 2005, republicada em 04 de abril de 2006 – exclui modelos de laudos vigentes e propõe novos modelos. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 1722, de 22 de setembro de 2005. Altera a estrutura da Comunicação de Internação Hospitalar – CIH. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 699, de 30 de março de 2006. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 496, de 30 de junho de 2006. Flexibiliza a Programação Físico-orçamentária - FPO do Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS, conforme modelo constante do Anexo I da Portaria. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1467, 10 de julho de 2006. Institui o sistema de auditoria do SUS (SISAUD). Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

33. SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTE

_____. Lei Federal n. 9434, de 04 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. Alterada pela:

- Medida Provisória n. 1959-23, de 26 de julho de 2000.
- Medida Provisória n. 1959-24, de 26 de julho de 2000.
- Medida Provisória n. 1959-27, de 24 de outubro de 2000.
- Medida Provisória n. 2083-31, de 25 de janeiro de 2001.
- Medida Provisória n. 2083-32, de 25 de janeiro de 2000.

_____. Lei Federal nº 10211, de 23 de março de 2001. Alterou dispositivos da Lei n. 9.434, de 4 de fevereiro de 1997. Brasília, 2001.

_____. Decreto n. 2268, de 30 de junho de 1997. Regulamentou a Lei n. 9.434, de 4 de fevereiro de 1997. Brasília, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 3407, de 05 de agosto de 1998. Aprova Regulamento Técnico sobre as atividades de transplante e dispõe sobre a Coordenação Nacional de Transplantes. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta SE/SAS n. 16, de 22 de julho de 1999. Regulamenta o financiamento e a distribuição de recursos para execução das atividades assistenciais inerentes ao Sistema Nacional de Transplantes. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 935, de 22 de julho de 1999. Dispõe sobre as atividades de transplante conjugado de rim e pâncreas e do transplante isolado de pâncreas. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta SE/SAS n. 02, de 21 de janeiro de 2000. Altera valores de procedimentos. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 333, de 24 de março de 2000. Cria no âmbito do SUS, os Bancos de Valvas Cardíacas Humanas. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 903, de 16 de agosto de 2000. Cria no âmbito do SUS os Bancos de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário - BSCUP. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 905, de 16 de agosto de 2000. Estabelece que a obrigatoriedade da e efetivo funcionamento de Comissão Intra-hospitalar de Transplantes passa a integrar o rol das exigências para cadastramento. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 1316, de 30 de novembro de 2000. Aprova, na forma do Anexo I, o Regulamento Técnico para Transplante de Medula Óssea e de outros precursores hematopoéticos. – anexo revogado pela Portaria MS/GM n. 2480/04. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 1686, de 20 de setembro de 2002. Aprova na forma do anexo desta Portaria as Normas para Autorização de Funcionamento e Cadastramento de Banco de Tecidos Musculares pelo SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 2480, de 17 de novembro de 2004. Aprova o Regulamento Técnico para Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 2692, de 23 de dezembro de 2004. Define Banco de Tecidos Oculares, aprovando as Normas Gerais para sua Instalação e Cadastramento/Autorização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 931, de 02 de maio de 2006. Aprova o Regulamento Técnico para Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.



34. TABELAS DE PROCEDIMENTOS DO SUS

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 224, de 13 de junho de 2003. Determina sobre os procedimentos da Tabela SIA/SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

