

ASSISTÊNCIA DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

coleção Para Entender a Gestão do SUS | 2011 volume 4

ATUALIZAÇÃO
JUNHO/2015

Copyright 2015 – 1ª Edição – Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS

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

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



SECRETÁRIOS DE ESTADO DA SAÚDE 2015

AC Francisco Armando Melo

AL Rozangela Wyszomirska

AM Wilson Duarte Alecrim

AP Pedro Rodrigues Gonçalves Leite

BA Fábio Vilas Boas

CE Henrique Jorge Javi de Sousa

DF João Batista de Sousa

ES Ricardo Oliveira

GO Leonardo Vilela

MA Marcos Pacheco

MG Fausto Pereira dos Santos

MS Nelson Barbosa Tavares

MT Marco Aurélio Bertúlio

PA Vítor Manuel Jesus Mateus

PB Roberta Abath

PE José Iran Costa Júnior

PI Francisco Costa

PR Michele Caputo Neto

RJ Felipe Peixoto

RN José Ricardo Lagreca

RO Willames Pimentel

RR Kalil Gibran Linhares Coelho

RS João Gabbardo dos Reis

SC João Paulo Kleinubing

SE José Macêdo Sobral

SP David Uip

TO Samuel Braga Bonilha



DIRETORIA CONASS - GESTÃO 2015/2016

PRESIDENTE

Wilson Duarte Alecrim (AM)

VICE-PRESIDENTES

Região Centro-Oeste

Marco Bertúlio (MT)

Região Nordeste

Fábio Vilas Boas (BA)

Região Norte

Francisco Armando Melo (AC)

Região Sudeste

Fausto Pereira (MG)

Região Sul

João Gabbardo (RS)

COMISSÃO FISCAL

Leonardo Vilela (SES/GO)

José Macedo Sobral (SES/SE)

Marcos Pacheco (SES/MA)

SECRETÁRIO EXECUTIVO

Jurandi Frutuoso

COORDENADORA DE NÚCLEOS

Rita de Cássia Bertão Cataneli

COORDENADOR DE DESENVOLVIMENTO

INSTITUCIONAL

Ricardo F. Scotti



ATUALIZAÇÃO DO LIVRO

Eliana Dourado

Rita de Cássia Bertão Cataneli

REVISÃO TÉCNICA

René Santos

REVISÃO ORTOGRÁFICA

Sem Fronteira Idiomas

EDIÇÃO

Adriane Cruz

Tatiana Rosa

PROJETO GRÁFICO

Fernanda Goulart

DESIGNER ASSISTENTE

Thales Amorim

DIAGRAMAÇÃO

Marcus Carvalho

SUMÁRIO

- 6 Introdução
- 10 Política Nacional de Atenção Cardiovascular
- 12 Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva
- 12 Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal
- 16 Política Nacional de Procedimentos Eletivos de Média Complexidade
- 19 Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas
- 25 Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
- 27 Política Nacional de Saúde Bucal
- 28 Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia
- 28 Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências na Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE)
- 32 Programa SOS Emergências
- 34 Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica
- 38 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
- 39 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
- 39 Política Nacional de Atenção e Saúde Mental na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)
- 42 Política Nacional de Oftalmologia
- 44 outras áreas de Atenção de Média e Alta Complexidade
- 47 Sistema nacional de transplantes (SNT)
- 48 A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional – PNAISP
- 50 Assistência às pessoas com lesão labiopalatal e/ou anomalias cranio e buco maxilo facial
- 51 O Processo transexualizador no SUS
- 52 Bibliografia consultada

Introdução

O livro 9 da Coleção Para entender a gestão do SUS 2007 – **Assistência de Média e Alta Complexidade** – apresentou toda a legislação que orientava a organização, as responsabilidades dos gestores e a forma de financiamento das ações de média e alta complexidade no SUS. No livro 4 da Coleção Coleção Para entender a gestão do SUS 2011, as informações foram atualizadas, com base nas Portarias publicadas entre 2007 e 2011, incluindo as novas políticas pactuadas naquele período e, agora, em 2015, dado o processo de implementação das redes de atenção prioritárias, pactuadas pelos gestores nas reuniões da Comissão Intergestores Tripartite – CIT partir de 2011 e a adequação das normas vigentes ao Decreto n. 7.508/2011, o conteúdo foi novamente revisto, para abarcar as políticas novas instituídas entre 2011 e 2015.

Em 2011, tendo como eixos norteadores a Portaria GM/MS n. 4.279/2010 e o Decreto n. 7.508/2011 ocorreram significativas discussões nos fóruns tripartites, seguidas de regulamentações sobre o processo de planejamento em saúde e redefinição do modelo de atenção à saúde no SUS, que culminaram com a instituição das **Redes de Atenção** prioritárias, descritas no livro Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde, Coleção Para entender a gestão do SUS 2015, capítulo 3.

Da mesma forma, a publicação do Decreto n. 7.508/11 impôs nova pauta de discussão para a CIT, que se iniciou pela discussão de agenda estratégica para regulamentação dos seus dispositivos, entre os quais podem ser destacados: a constituição das regiões de saúde (com base na existência de um rol mínimo de ações e serviços que inclui a atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial e hospitalar e vigilância em saúde), o planejamento regional integrado, a articulação interfederativa, o mapa da saúde, a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename, a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde – Renases e o Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde – COAP (ver detalhamento no livro A Gestão do SUS/CONASS, 2015).

O financiamento das ações e serviços de média e alta complexidade continua sendo feito por meio do Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC) e do Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC) (Portaria GM/MS n. 204/2007), e de alguns outros incentivos financeiros diversos, pagos fundo a fundo. Com relação aos incentivos, entre 2011 e 2014, foram priorizados repasses dos recursos financeiros da fonte federal na forma

de incentivos financeiros de custeio e investimento, objetivando a qualificação de serviços e/ou leitos na implantação das redes de atenção prioritárias.

Os incentivos estão contemplados no quadro 01.

Quadro 01 INCENTIVOS FINANCEIROS DE MEDIA E ALTA COMPLEXIDADE – MAC

QUALIFICAÇÃO DE SERVIÇOS	QUALIFICAÇÃO LEITOS	ORÇAMENTAÇÃO GLOBAL
Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), Centros de Parto Normal (CPN), Centros Especializados em Reabilitação (CER), Hospitais de Pequeno Porte (HPP), Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), Sala de Estabilização (SE), Serviço Móvel de Atenção às Urgências (SAMU), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e Unidades de Pronto Atendimento (UPA).	100% SUS, Centros de Trauma, Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa em Saúde (FIDEPS), Incentivo de Adesão à Contratualização/Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar (IAC/IGH), Incentivo para a Assistência Ambulatorial, Hospitalar e de Apoio Diagnóstico à População Indígena (IAPI), Incentivo de Integração ao Sistema Único de Saúde (INTEGRASUS), Portas de Entrada de Urgência da Rede de Atenção às Urgências e Unidade de Acolhimento (UA).	Qualificação de leitos para Gestante de Alto Risco (GAR), qualificação de leitos de retaguarda clínica, qualificação de leitos de Unidades de Cuidado Intermediário Convencional (UCINCo) e qualificação de leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI).

Fonte: Portal da Saúde, 2015.

Em relação às ações e serviços de media e alta complexidade, observa-se que a produção e as transferências dos recursos federais para o financiamento das ações e serviços de media e alta complexidade mantêm o mesmo padrão adotado até 2011. Em 2014, as transferências de recursos federais do SUS para média e alta complexidade no Brasil representaram R\$ 41,9 bilhões, valor 2,9 vezes maior que os recursos transferidos para atenção primária (R\$ 14,7 bilhões), mantendo-se, proporcionalmente, a mesma relação apresentada em 2011 – Ministério da Saúde Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS, situação da base de dados nacional em 23/01/2015). Além disso, o financiamento segue ocorrendo prioritariamente por produção de serviços e não houve avanços significativos no que se refere à regulação ambulatorial do sistema.

Quanto às internações, observa-se pequena diminuição do número total de internações no ano de 2014, em relação a 2010, com crescimento do valor anual e valor médio da AIH dos procedimentos cirúrgicos e transplantes,

decorrente de reajustes ocorridos nesse período na tabela de procedimentos de maior complexidade. Por outro lado, o quantitativo financeiro anual e o valor médio da AIH dos procedimentos com finalidade diagnóstica diminuiu no mesmo período analisado (Quadro com o Número e valor das internações* realizadas no SUS, por subgrupo de procedimentos – Brasil, 2010 e 2014. Fonte Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS / Situação da base de dados nacional em 23/01/2015).

Quadro 02 NÚMERO DE INTERNAÇÕES REALIZADAS NO SUS, VALOR ANUAL E VALOR MÉDIO – VM DA AIH, POR GRUPO DE PROCEDIMENTO – BRASIL, 2010 E 2014.

Grupo procedimento	Nº de internação		Valor anual		Valor médio AIH		Variação % valor Médio da AIH
	2010	2014	2010	2014	2010	2014	
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	18.821	20.157	20.619.472,76	14.126.641,72	1.095,56	700,83	-36,03
03 Procedimentos clínicos	7.235.941	6.643.924	5.432.683.908,89	5.848.501.523,11	714,56	843,52	18,05
04 Procedimentos cirúrgicos	4.056.250	4.345.028	4.987.999.594,72	6.769.220.981,05	1.229,71	1.557,92	26,69
05 Transplantes de órgãos, tecidos e células	46.953	63.138	299.451.392,11	583.116.130,77	6.377,68	9.235,58	44,81
Total	11.357.965	11.072.247	10.740.754.368,48	13.214.965.276,65	916,07	1.163,11	26,97

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Situação da base de dados nacional em 23/01/2015.

Dados de janeiro de 2014 até dezembro de 2014 sujeitos a retificação.

É importante também destacar as mudanças propostas nos Sistemas de Informação em Saúde do SUS, com o objetivo de proporcionar maior interoperabilidade entre estes, por meio da integração entre suas bases de dados e a instituição, em 2013, do Sistema de Regulação, Controle e Avaliação (SISRCA) (Portaria GM/MS n. 1.904, de 06 de setembro de 2013), com previsão de interoperabilidade com o Sistema Cartão Nacional de Saúde – CNS e revisão no processo de disseminação da informação.

Com essa medida, os principais sistemas de informação de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, que estão sob a gestão do DRAC/SAS/MS, seriam substituídos por novos aplicativos:

Quadro 03 SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE REGULAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO (SISRCA)

Módulos do SISRCA	Como funcionará e o que substitui.
I - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde	Cadastro oficial do Ministério da Saúde para identificar os estabelecimentos de saúde do País, públicos ou privados, conveniados ou não com o SUS, contendo informações cadastrais relativas aos seus recursos físicos e humanos, bem como outras informações fundamentais para a caracterização dos serviços prestados pelos estabelecimentos e gestão do sistema de saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.
II - Sistema de Gerenciamento das Ações e Serviços de Saúde	Módulo responsável por manter o cadastro das ações de serviços de saúde prestados no âmbito do SUS, substituindo o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS – SIGTAP.
III - Sistema de Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde	Módulo responsável pela legitimação do processo de negociação e pactuação entre os gestores em que são definidos os quantitativos físicos e financeiros das ações e serviços de saúde, bem como os fluxos para a sua realização nas regiões de saúde, substituindo a Ficha de Programação Orçamentária – FPO e o Sistema de Programação Pactuada Integrada – SISPPi.
IV - Sistema de Regulação do Acesso	Módulo responsável por regular o acesso aos serviços prestados pelo SUS, substituindo o Sistema de Regulação – SISREG; a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade – CNRAC; e o Módulo Autorizador.
V - Sistema de Captação dos Atendimentos	Módulo responsável pelo registro das ações e serviços de saúde produzidos no âmbito do SUS, assim como pela saúde suplementar e privada, substituindo o Boletim de Produção Ambulatorial – BPA-Mag; a Autorização de Procedimentos de Alto Custo / Complexidade Ambulatorial – APAC-Mag; o Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde –RAAS; o Sistema Gerador do Movimento das Unidades Hospitalares – SISAIH01; e o Sistema de Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial – CIHA01.
VI - Sistema de Processamento e Avaliação da Informação	Módulo responsável pelo processamento e avaliação das ações e serviços de saúde produzidos em território nacional, instrumentalizando os gestores de saúde com ferramentas de controle e avaliação, substituindo o Sistema de Informação Ambulatorial – SIA; o Sistema de Informação Hospitalar – SIH; e o Sistema de Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial – CIHA02.
VII - Sistema de Controle de Recursos Financeiros	Módulo responsável pelo acompanhamento da transferência de recursos de média e alta complexidade – MAC e do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC, substituindo o Sistema de Gerenciamento Financeiro – SISGERF e o Sistema de Controle de Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade – SISMAC.

O primeiro módulo do SISRCA a ser implementado seria o módulo V Sistema de Captação de Atendimentos, para registro das informações constantes das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), e utilizado exclusivamente para esse fim a partir de abril de 2014, porém, em virtude das dificuldades em seu desenvolvimento, o sistema não pode ser homologado pelo grupo tripartite formado para esse fim (Resolução CIT n. 6, de 6 de novembro de 2013), inviabilizando o cumprimento desses prazos.

Outro sistema de informação relevante para a assistência de média e alta complexidade é o Sistema de Informação de Câncer – SISCAN no âmbito do SUS, (Portaria GM/MS n. 3.394/2013), que tem por finalidade permitir o monitoramento das ações relacionadas à detecção precoce, à confirmação diagnóstica e ao início do tratamento de neoplasias malignas, integrando inicialmente as informações referentes ao câncer de mama – SISMAMA e do colo de útero – SISCOLO, e prevê que a identificação do usuário do SUS deve ser feita por meio de integração do SISCAN com o Cadastro de Usuários do Cartão Nacional de Saúde (CADSUS) WEB. O SISCAN deveria ser implantado nos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados que atuam de forma complementar ao SUS: laboratórios de citopatologia e anatomia patológica; unidades fixas e móveis de radiologia com serviço de mamografia; em serviços que realizam tratamento para câncer nas modalidades de cirurgia, quimioterapia e radioterapia; e nas Coordenações Estaduais, do Distrito Federal e Municipais que acompanham as ações de controle do câncer. Porém, essa integração vem ocorrendo de forma ainda bastante instável, dificultando a implantação do sistema.

Política Nacional de Atenção Cardiovascular

Instituída em 2004, não foi redefinida na sua totalidade, estando vigentes as diretrizes organizacionais estabelecidas até 2010. Mantêm-se as redes de alta complexidade – Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular e Centros de Referência em Alta Complexidade – conforme portarias GM/MS n. 1.169/2004 e SAS/MS n. 210/2004. São comentadas neste estudo as alterações decorrentes do fato da assistência cardiovascular ser uma das linhas de cuidados prioritárias na organização da Rede de Atenção às Urgências e Emergências – RUE, instituída pela Portaria GM/MS n. 1.600, em 2011.

Entre as prioridades, foi selecionada a Síndrome Coronariana Aguda (SCA) por ser uma das doenças cardiovasculares mais prevalentes na população, instituindo-se a Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio

(IAM), instituído pela Portaria GM/MS n. 2.994, de 15 de dezembro de 2011) e o Protocolo de Síndromes Coronarianas Agudas – SCA que se encontram disponíveis no endereço eletrônico www.saude.gov.br/sas.

Além de estabelecerem novos critérios na organização e atribuições dos pontos de atenção, incluem novos procedimentos na tabela do SUS, visando ao diagnóstico precoce do IAM, entre eles a dosagem de Troponina para detecção de lesão cardíaca, alteram atributos para o tratamento cirúrgico de Angioplastia Coronariana Primária e o tratamento percutâneo com utilização dos trombolíticos fibrino-específicos como Alteplase – TPA e Tenecteplase – TNK, além do acesso ao Clopidogrel para manutenção do tratamento.

A portaria estabelece a Unidade de Terapia Intensiva Coronariana (UCO) como ponto de atenção para atender os pacientes com síndrome coronariana aguda, que deve dispor de apoio diagnóstico e terapêutico para os pacientes com síndrome coronariana aguda (recursos humanos qualificados, métodos diagnósticos não invasivos e invasivos assim como possibilidade de tratamento percutâneo e cirúrgico em caráter de urgência). Ato seguinte foi incluído na Tabela de Leitos Complementares do Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES), o tipo de leito de Unidade de Terapia Intensiva Coronariana (UCO).

Para a implantação da etapa inicial, foi priorizada a implantação de 39 novas UCO, com 10 leitos cada, em 10 regiões metropolitanas onde se concentram o maior número de casos (>600 internações IAM/ano) com investimento de R\$ 1 milhão por unidade. Nas regiões metropolitanas com 100 a 500 casos de IAM /ano, foram financiados 150 novos leitos em UCO, com investimento de 100 mil reais por leito, com o valor de R\$ 800,00 (oitocentos reais) para custeio de diárias para esses leitos.

Para a habilitação de UCO, são exigidos, entre outros critérios, a existência de centro ou unidades de referência de alta complexidade cardiovascular previstos na política de 2004 e possuir leitos de UTI tipo II ou III em conformidade com a portaria GM/MS n. 3.432/1998.

Em 2014, como medida complementar a essa linha de cuidado, o uso do medicamento trombolítico Tenecteplase no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 192 foi incluído na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde – SUS pela Portaria GM/MS n. 2.777/2014 e, ainda que o uso desse medicamento nas

Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24h esteja previsto na linha de cuidado e no protocolo, seu ressarcimento na Tabela não foi regulamentado até essa data.

Com relação aos procedimentos endovasculares extracardíacos, a Portaria GM/MS n. 272/2011 estabeleceu medidas para as intervenções endovasculares na doença arterial periférica, no aneurisma de aorta abdominal, e na doença cérebro-vascular extracraniana, bem como alterou o parâmetro populacional para os serviços de assistência de alta complexidade que realizam os procedimentos endovasculares extracardíacos. Esses parâmetros foram suspensos em 2012 para efeitos de habilitação em Média e Alta Complexidade para diversas especialidades, incluído a cardiologia (Portaria MS/SAS n. 433/2012). Finalmente, em outubro de 2014, o stent farmacológico para uso nas intervenções endovasculares cardíacas e extracardíacas em pacientes diabéticos e com lesões em vasos finos (lesões de calibre inferior a 2,5 mm e extensão maior do que 18 mm) foi incorporado na tabela de procedimentos do SUS, condicionando o valor de ressarcimento ao mesmo valor da estabelecido em tabela para o stent convencional (Portaria SAS/MS n. 983/2014).

Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva

A partir de 2012, a saúde auditiva passou a integrar a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, em conjunto com outras manifestações de deficiências física, visual e intelectual (Portaria GM/MS n. 793/2012). Destacam-se ainda a Portaria GM/MS n. 2.776/2014 que aprova as diretrizes gerais, amplia e incorpora procedimentos para a Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva no SUS, e a Portaria SAS/MS 14/2015, que inclui habilitação e atualiza serviço 107 no Sistema de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal

De acordo com o Censo Brasileiro de Diálise publicado em 2012, o número de pacientes com Doença Renal Crônica Terminal (DRCT) no Brasil praticamente duplicou na última década, passando de 42.695 em 2000 para 91.314 em 2011, com mais de 28.000 novos pacientes ao ano iniciando Terapia Renal Substitutiva (TRS). A relevância da DRC no Brasil como causa de morbimortalidade cardiovascular aponta para a necessidade de identificação e tratamento adequado dos pacientes com fatores de risco para a DRC, assim como seu diagnóstico precoce e tratamento, visando ao cuidado integral, e à redução de desfechos desfavoráveis como a progressão para DRCT e mortalidade cardiovascular.

A despeito da Política Nacional de Atenção ao Portador da Doença Renal, instituída pela Portaria GM/MS n. 1.168/2004, ter como um dos objetivos a organização de uma linha de cuidado integral para a Doença Renal, a abordagem se voltava para os procedimentos de alta complexidade como a TRS e o transplante renal. Corrobora essa constatação o fato de que, no ano de 2012, foram realizados pelo SUS 12.525.263 procedimentos dialíticos (TRS), com desembolso financeiro no valor de aproximadamente R\$ 2,36 bilhões no ano, para um número estimado de 79.193 pacientes. Em 2013 e 2014 foram gastos respectivamente, R\$ 2,61 e R\$ 2.62 bilhões.

TABELA 1 RECURSOS FINANCEIROS ANUAIS (EM R\$) DESTINADOS A TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA, NO PERÍODO DE 2010 A 2014.

Valores de 2010	Valores de 2011	Valores de 2012	Valores de 2013	Valores de 2014
4.142.792,64	4.780.570,32	6.015.759,60	6.388.106,88	6.681.820,44
26.997.042,60	29.489.119,80	34.780.095,96	38.126.840,16	39.790.199,28
18.314.450,52	18.501.772,08	21.103.528,68	23.117.343,12	23.834.273,28
2.231.093,64	2.517.372,48	4.646.595,96	4.655.877,72	4.787.694,60
123.309.312,48	130.027.834,20	141.953.468,04	167.563.660,32	163.851.031,20
74.883.939,00	80.961.657,60	92.850.507,72	102.181.953,84	107.178.412,68
30.163.193,64	30.163.193,64	32.614.564,56	34.736.666,64	34.551.911,40
38.163.385,68	43.409.739,48	51.138.835,92	55.336.523,16	57.502.328,64
64.009.994,40	69.418.147,08	78.607.289,88	84.711.788,88	95.310.927,84
34.339.901,64	41.596.157,16	47.300.740,56	54.757.992,36	57.549.410,64
244.586.366,52	264.774.509,40	296.856.655,20	322.411.310,64	336.910.484,52
23.795.701,68	25.759.475,64	29.791.120,92	32.404.607,28	34.715.681,40
24.639.116,28	26.898.359,64	34.415.927,64	41.797.327,32	41.516.436,60
23.931.492,12	35.719.287,60	42.283.210,44	51.956.464,68	49.517.634,00
25.526.015,28	26.620.129,44	30.831.974,16	33.202.664,88	34.912.319,64
94.461.805,44	109.283.743,92	118.620.956,76	126.411.474,36	132.737.601,96
31.082.741,76	34.269.449,52	38.833.629,24	42.453.175,68	46.147.179,84
110.101.758,36	118.469.444,28	129.198.671,52	138.163.941,00	133.812.352,08
222.750.340,32	237.656.734,08	266.436.617,40	285.392.208,84	275.279.824,92
32.001.235,80	34.342.433,28	38.167.688,64	41.491.019,76	43.363.921,68
14.261.646,12	16.034.601,24	17.752.915,08	19.174.761,36	18.030.343,44
2.826.693,24	2.826.693,24	3.079.026,84	3.285.319,68	4.715.955,60
137.660.606,64	144.633.942,84	158.249.152,20	169.056.241,44	160.844.985,24
48.678.588,24	52.509.533,64	58.705.154,16	64.630.888,32	66.326.383,68

17.393.894,88	18.632.316,60	21.339.673,92	24.290.156,16	25.630.686,72
463.165.064,04	499.053.990,96	553.720.659,72	638.419.825,68	618.936.664,20
9.476.177,64	9.949.986,48	11.017.775,88	11.755.239,00	12.386.636,64
1.942.894.350,60	2.108.300.195,64	2.360.312.196,60	2.617.873.379,16	2.626.823.102,16
17,43%	8,51%	11,95%	10,91%	0,34%

Fonte: dados disponibilizados pelo DRAC/SAS/MS em abril/2015.

Destaca-se que, a partir de novembro de 2011, o MS passou a antecipar a transferência de recursos para o pagamento dos procedimentos de hemodiálise, tendo por base a produção da competência anterior. O encontro de contas é realizado posteriormente com o objetivo de efetuar ajustes relativos ao adiantamento, utilizando para tal as informações constantes do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS.

Por deliberação tripartite, a Portaria GM/MS n. 389/2014 redefiniu os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC), integrando-a à Rede de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Crônicas. A portaria enfatiza a importância do cuidado pré-dialítico na atenção primária e especializada ambulatorial e institui incentivo de custeio destinado ao cuidado ambulatorial para essa condição, deixando de pautar a abordagem apenas na diálise ou em procedimentos de alta complexidade.

Essa portaria define que os estabelecimentos de saúde habilitados para o atendimento das pessoas com DRC integrarão a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas segundo as diretrizes da Portaria GM/MS n. 483/ 2014, organizando a atenção conforme as seguintes tipologias:

I - Unidade Especializada em Doença Renal Crônica – responsável pelo acompanhamento multiprofissional das pessoas com DRC nos estágios clínicos 4 e 5 (pré-diálise) e o matriciamento das equipes de atenção básica;

II - Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia (serviço de Nefrologia) – unidades atualmente existente e que realizam exclusivamente as modalidades de tratamento de Hemodiálise (HD) e Diálise Peritoneal (DP) e;

III - Unidade Especializada em Doença Renal Crônica com TRS/Diálise – deverá ofertar pelo menos uma modalidade de diálise, realizará o acompanhamento multiprofissional das pessoas com DRC nos estágios clínicos 4 e 5 (pré-diálise) e o matriciamento das equipes de atenção básica, induzindo, dessa forma, a incorporação desses serviços na Rede de Atenção à Saúde.

Estão previstos incentivo financeiro de custeio para o cuidado ambulatorial pré-dialítico (estágios clínicos 4 e 5 e matriciamento para estágio 3b) e incremento financeiro na sessão de diálise para os serviços de diálise que realizarem o referido acompanhamento multiprofissional. Outra mudança proposta consiste na permissão para a habilitação de serviços de diálise peritoneal de forma desvinculada dos serviços de hemodiálise com intuito de aumentar o acesso à diálise peritoneal.

Foram elaboradas também as Diretrizes Clínicas de Doença Renal Crônica¹ com o intuito de oferecer orientações sobre o cuidado da pessoa com diagnóstico de DRC, abrangendo a estratificação de risco, estratégias de prevenção, diagnóstico e o seu manejo clínico com envolvimento das equipes multiprofissionais. (<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/marco/24/diretriz-cl-nica-drc-versao-final.pdf>), e os requisitos para o funcionamento dos serviços de diálise foram atualizados pela RDC ANVISA n. 11, de 13 de março de 2014, que reviu as condições organizacionais, a atenção ao paciente, a infraestrutura, e o gerenciamento de tecnologias, revogando a RDC n. 154/2004 e a RE ANVISA n. 1.671/2006, e definiu, ainda, que o serviço de diálise deve constituir um Núcleo de Segurança do Paciente, em conformidade com as normas vigentes sobre o assunto.

A indicação de transplantes deve seguir as orientações da portaria GM/MS n. 2.600/2009, que define o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes, e o acesso aos medicamentos destinados aos pacientes renais crônicos e àqueles submetidos a transplantes renais, seguem as diretrizes estabelecidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – PCDT, sendo fornecidos conforme a regulamentação do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica².

Outras Portarias relacionadas à Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal: Portaria MS/SAS n. 277/2014 e Portaria MS/SAS n. 516/2014, que incluem na tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS compatibilidades referentes a procedimentos ligados a linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica; Portaria MS/SAS n. 515/2014, que inclui o Serviço Especializado Atenção em Urologia no Sistema de

1_ Ministério da Saúde, em parceria com a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), Associação Brasileira de Enfermagem em Nefrologia – SOBEN e a Associação Brasileira de Centros de Diálise e Transplantes – ABCDT, 2014.

2_ Para obter mais informações, consulte o Volume 7 e suas atualizações, que abordam a Assistência Farmacêutica no SUS.

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES; Portaria MS/SAS n. 516/2014; que inclui na tabela de procedimentos do SUS, compatibilidades referentes a procedimentos com exames definidos nas diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica; Portaria MS/SAS n. 706/2014, que institui a obrigatoriedade da utilização do Controle de Frequência Individual de Tratamento Dialítico (CFID) para os tratamentos de diálise no âmbito do SUS; e Portaria MS/SAS n. 712/2014, que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Imunossupressão no Transplante Renal.

Política Nacional de Procedimentos Eletivos de Média Complexidade

Em meados de 2011, constatada a existência de um saldo remanescente elevado referente à Portaria GM/MS n. 1.919/10, e considerando-se que os valores relativos a 2011, ainda não haviam sido transferidos, o MS apresentou proposta discutida com o Conass e Conasems para o estabelecimento de diretrizes para dezesseis meses seguintes. A proposta contemplava o volume de recursos existentes (saldo de 2010 e recursos reservados para 2011), os quais seriam somados aos recursos previstos para 2012 de forma a possibilitar o início imediato da execução destes a partir de setembro.

A proposta base das diretrizes e estratégias para as cirurgias eletivas nos anos de 2011 e 2012 redefiniu a política de cirurgias eletivas e foi publicada nos termos da Portaria GM/MS n. 2.318/2011.

Dessa forma, a estratégia de aumento de acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade passou a contemplar, com o financiamento via FAEC, três componentes contendo procedimentos cirúrgicos eletivos de média complexidade distribuídos em diversas especialidades médico-cirúrgicas: I: cirurgias de catarata; II: especialidades e procedimentos prioritários (Ortopedia; Otorrinolaringologia; Urologia; Vascular; e Oftalmologia); e III: procedimentos definidos pelo gestor de saúde, ressaltando-se que devem pertencer ao grupo 04 da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, ser de média complexidade e possuir caráter cirúrgico eletivo.

No componente I, foi estabelecido limite de recursos definidos para as cirurgias de catarata, remuneradas de acordo com a Tabela do SUS. A justificativa para a criação desse bloco é a de que os recursos para a realização de cirurgias de catarata, historicamente, competem com os recursos para a realização dos demais procedimentos.

Em relação ao componente II, as análises realizadas pelo MS, de acordo com o diagnóstico feito em duas capitais e de um Estado que fazem a gestão da fila de espera por cirurgias eletivas, possibilitaram a definição dos vinte procedimentos prioritários, nas especialidades de ortopedia, otorrinolaringologia, urologia, vascular e oftalmologia e, nessas especialidades, os procedimentos prioritários definidos são os que apresentam maior demanda reprimida³. Vale ressaltar que há procedimentos de alta complexidade dentre os procedimentos prioritários de ortopedia. A estratégia que define o aumento do acesso aos Procedimentos Traumatológico-ortopédicos de Média Complexidade no âmbito do SUS está contemplada na Portaria GM/MS n. 880/2013.

Ficou definido que o repasse de recursos extrateto FAEC para esse componente só seria feito quando a soma total da produção do procedimento prioritário na especialidade fosse superior à produção executada do mesmo procedimento no teto de Média e Alta Complexidade (teto MAC) no período de 2010. Na ocasião, também foi deliberado que ao componente II seria acrescentado incentivo de 50% ao valor de tabela, objetivando o atendimento integral e custeando exames complementares específicos e de maior complexidade, a gestão de equipes de cirurgiões e anestesistas e possibilitando a estrutura necessária para a realização das cirurgias, com exceção das Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME). Além disso, deliberou-se pela possibilidade de transferência de recursos dos componentes I e III para o componente II condicionada pela aprovação de CIB; esse foi o único formato de remanejamento de recursos entre componentes, previsto na ocasião.

No componente III, as cirurgias a serem executadas podem ser selecionadas a critério do gestor local e dentro das suas necessidades locais desde que sejam procedimentos cirúrgicos eletivos. Podem estar dentro das especialidades tidas como prioritárias ou em outras especialidades, sendo financiadas com recursos FAEC, no valor da Tabela, sem o pagamento de incentivo. A relação dos procedimentos cirúrgicos eletivos que compõem o componente III – que conta com 399 cirurgias em seu elenco –, bem como os demais componentes, podem ser acessados na Tabela do SUS por meio do endereço eletrônico <http://sigtap.datasus.gov.br>.

3_ Informação da CGMAC/DAET/SAS/MS, 2015.

O valor financeiro previsto na Portaria GM/MS n. 2.318/11, bem como nas demais portarias que a sucederam até 2014, limita-se ao teto anual programado para cada Componente definido na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). O estabelecimento dos limites financeiros para cada Componente e unidade federativa levou em consideração a responsabilidade interfederativa e a pactuação de fluxos de referência por região, bem como a avaliação da demanda e oferta de serviços existentes e a definição de metas físicas, que considerassem a população total de abrangência, o número de procedimentos a serem realizados e a população a ser atendida. Os critérios para a distribuição dos recursos da portaria de 2011 consideraram também o valor *per capita* e os indicadores de extrema pobreza, visando à redução das iniquidades, bem como ao valor *per capita* MAC de cada UF.

Ao final do período de vigência da portaria de 2011, optou-se pela continuidade da política nos mesmos moldes, sendo publicada a Portaria GM/MS n. 1.340/2012, definindo a estratégia de aumento do acesso aos procedimentos cirúrgicos eletivos no âmbito do SUS para o período de junho de 2012 a junho de 2013. A Portaria contemplou também a previsão de investimento em áreas prioritárias e nos Municípios com 10% ou mais de sua população em situação de extrema pobreza, além do volume de recursos que totalizou R\$ 600 milhões a serem disponibilizados em parcela única após publicação de portarias específicas da SAS.

A Portaria n. 1.340/2012 também dispôs sobre a possibilidade de prática de tabela diferenciada da Tabela Unificada do SUS junto aos prestadores de serviços, tanto para Serviços Profissionais (SP) quanto para Serviços Hospitalares (SH), para os componentes II e III somente, com o devido cuidado de que o percentual de ajuste do SP não fosse inferior ao do SH. Em nenhuma hipótese, deveria haver prática de valores diferenciados para os procedimentos do componente I nem para as OPME.

Ficou definido que, em setembro de 2013, seria realizado encontro de contas entre o montante transferido e o efetivamente gasto e, caso não fosse identificada produção que demonstrasse a utilização da totalidade do montante transferido, o recurso não gasto seria descontado do teto MAC da respectiva UF. Entretanto, a Portaria GM/MS n. 1.357/2013 estendeu a prestação de contas para o mês de outubro, e o encontro de contas para o mês de dezembro, e determinou que fosse garantida para 2013 a continuidade da alocação de recursos de fonte federal para a estratégia de ampliação do acesso aos procedimentos cirúrgicos

eletivos com valores equivalentes àqueles disponibilizados em 2012. Desse modo a portaria GM/MS n. 1.557/2013 definiu o repasse de R\$ 579.129.697,89 para Estados e Municípios para os exercícios de 2013 e 2014, de tal maneira que um montante de 40% foi disponibilizado de imediato e os demais 60% do repasse seriam liberados mediante dados de produção e publicação de portarias específicas. Sua vigência originalmente seria de julho de 2013 até junho de 2014. Conforme previsto fizeram jus aos recursos da nova portaria unicamente aquelas gestões que executaram até a competência de abril de 2013, 50% ou mais dos seus respectivos repasses. Esse foi o formato encontrado para estimular as gestões a executarem o recurso e promover a realização dos procedimentos.

É importante ressaltar que, a partir de agosto de 2013, mais de 130 procedimentos foram retirados do rol de cirurgias eletivas e passaram a integrar o elenco da estratégia de aumento do acesso aos Procedimentos Traumatológico-ortopédicos de Média Complexidade (TOM) Portaria GM/MS n. 880/2013 e da Linha de Cuidados do Trauma (LCT) Portaria GM/MS n. 2.343/2013.

Os recursos deveriam ser executados, *a priori*, entre as competências de julho de 2013 e junho de 2014, mas o prazo final foi prorrogado para dezembro de 2014 - Portaria GM/MS n. 1.679/2014.

Importante ressaltar que a Portaria GM/MS n. 131/2014, estabeleceu a possibilidade de remanejamento de recursos financeiros do componente II para o componente III, numa tentativa de movimentar o grande volume de recursos represados na execução das cirurgias das especialidades prioritárias em boa parte das gestões. A Portaria GM/MS n. 2.676/2014 prorrogou, até dezembro de 2015, o prazo para a execução da estratégia de ampliação do acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos no âmbito do SUS.

Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas

As estimativas para o ano de 2014, válidas também para o ano de 2015, apontam a ocorrência de aproximadamente 576.580 casos novos, reforçando a magnitude do problema do câncer no País (INCA 2014).⁴

Nesse período ocorreram várias alterações nos marcos legais que orientam a atenção ao câncer, a saber:

⁴ Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil/Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

- a instituição da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer pela Portaria GM/MS n. 874/2013, integrada à Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas com base no reconhecimento do câncer como condição crônica (ver detalhamento no livro A Gestão do SUS/ CONASS, 2015);
- a revogação da Portaria SAS/GM n. 741/2005 e de outras portarias relacionadas à organização da atenção ao câncer (Portaria SAS/GM n. 140/2014), que redefiniu os critérios para habilitação e os parâmetros assistenciais com especificidades para as regiões, visando à melhoria do acesso aos serviços;
- a regulamentação da Lei n. 12.732, de 22 de novembro de 2012, que dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada, e estabelece prazo para seu início (Portaria SAS/MS n. 876/2012);
- a instituição do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero, e a publicação das Diretrizes para Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, em 2011 (http://www.diagnosticosdobrasil.com.br/arquivos_site/14355150143a7fc7a25ca5001a294df0_arquivo.pdf);
- a redefinição da Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (QualiCito) pela Portaria GM/MS n. 3.388/2013, alterada pelas Portarias GM/MS n. 176 /2014 e n. 2.719/2014;
- a atualização do Programa Nacional de Qualidade em Mamografia (PNQM);
- a instituição do Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC), o Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM);
- elaboração de novos Protocolos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) em oncologia a partir de 2011 pela CONITEC e compilados no livro PCDT em Oncologia em 2014 (<http://conitec.gov.br/images/Protocolos/livro-pcdt-oncologia-2014.pdf>);

A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer definiu princípios e diretrizes dos principais eixos de ação: promoção da saúde; prevenção do câncer; vigilância, monitoramento e avaliação; cuidado integral; ciência e tecnologia; educação e comunicação em saúde. Além dessas definições, a Política estabeleceu as responsabilidades das esferas de gestão do SUS (Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e

do Distrito Federal) e dos pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde (Atenção Básica, Atenção Domiciliar, Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar, Sistemas de Apoio e Logístico, Regulação e Governança).

Com relação ao componente especializado, são dois tipos de principais habilitações na alta complexidade em oncologia:

Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON): responsável pelo tratamento integral dos tipos de câncer mais comuns no país, poderá possuir ou referenciar os serviços de radioterapia, hematologia, oncologia pediátrica e de Medicina Nuclear com iodoterapia; e

Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON): responsável pelo tratamento de todos os tipos de câncer, deverá possuir todos os serviços específicos em oncologia citados, dentro de sua estrutura física, exceto o serviço de oncologia pediátrica.

Serviço de Oncologia Clínica Adicional: estabelecimento de saúde habilitado como CACON que poderá possuir serviço de oncologia clínica adicional fora de suas próprias instalações e situado em outra cidade, desde que: 1) se encontre na mesma região de saúde; 2) o serviço de oncologia clínica adicional possua o mesmo número no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ) do estabelecimento de saúde habilitado; 3) cumpra os mesmos requisitos de instalações, equipamentos e recursos humanos estabelecidos no Art. 23 da Portaria SAS/MS n. 140/2014; 4) garanta a integralidade assistencial e a segurança da atenção ao usuário; e 5) respeite os parâmetros de produção estabelecidos pela norma vigente. Deve estar cadastrado no registro do CACON no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES) e, ainda, o CACON sede deve, obrigatoriamente, ser a porta de entrada desse usuário, responsabilizando-se pela prescrição e avaliação do usuário que será atendido, também, no serviço adicional. O uso do serviço adicional não será permitido no caso de pacientes em tratamento nas áreas de hematologia oncológica de adultos e de oncologia pediátrica.

Complexo Hospitalar: quando um estabelecimento de saúde, habilitado como CACON ou UNACON, apresentar produção por equipamento de radioterapia ou de procedimentos cirúrgicos que exceda os parâmetros estabelecidos pela Portaria SAS/MS n. 140/2014, ou ainda, se houver necessidade de facilitar o acesso em virtude da distância entre os municípios que necessitam de atenção

oncológica e os municípios que prestam a atenção, os gestores do SUS poderão propor a formação de Complexos Hospitalares. O Complexo Hospitalar será formado quando o estabelecimento de saúde habilitado como CACON ou UNACON formalizar vínculo com Serviços de Radioterapia de Complexo Hospitalar ou com Hospitais Gerais com Cirurgia de Câncer de Complexo Hospitalar, visando ampliar a capacidade instalada e o volume de produção ou tipo de ofertas diagnósticas e terapêuticas e, somente quando for justificada a necessidade epidemiológica ou de acesso e a insuficiência de cobertura assistencial, na Região de Saúde, dessa conformação organizacional.

Em relação ao número de estabelecimentos de saúde a serem habilitadas como CACON ou UNACON, deve-se observar a razão de 01 (um) estabelecimento de saúde para cada 500.000 (quinhentos mil) habitantes e nos estados da Região Norte, em áreas com população menor que 500.000 (quinhentos mil) habitantes e densidade demográfica inferior a 02 habitantes/km², poderá ser proposta, pela respectiva CIB, a habilitação de estabelecimento de saúde como UNACON, levando-se em conta características técnicas, ofertas disponíveis no Estado e necessidade de acesso regional. Já nas Regiões Sul e Sudeste, que apresentam maior contingente de população acima de 50 (cinquenta) anos, será admitida habilitação de estabelecimento de saúde como CACON ou UNACON para áreas com população inferior a 500.000 (quinhentos mil) habitantes, desde que, nessa população, haja estimativa de 900 (novecentos) casos novos anuais de câncer, excetuando-se o câncer de pele (não melanoma).

Além disso, existem parâmetros específicos para habilitação de oncologia pediátrica e hematológica: na Região Norte, deverá ser observada a razão de 01 (um) estabelecimento de saúde habilitado para cada 3.500.000 (três milhões e quinhentos mil) habitantes; na Região Nordeste, será observada a razão de 01 (um) estabelecimento de saúde habilitado para cada 2.700.000 (dois milhões e setecentos mil) habitantes. Na Região Centro-Oeste, será observada a razão de 01 (um) estabelecimento de saúde habilitado para cada 1.700.000 (um milhão e setecentos mil) habitantes; e nas Regiões Sudeste e Sul, será observada a razão de 01 (um) estabelecimento de saúde habilitado para cada 1.300.000 (um milhão e trezentos mil) habitantes.

Demais ações da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer:

- Ampliação de serviços de diagnóstico: aumento da oferta regulada de serviços visando à ampliação do acesso da população-alvo ao exame

citopatológico e à mamografia, e também ao diagnóstico e à assistência oncológica do câncer no SUS estão estabelecidas nas Estratégias 4 e 5 do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT – 2011/2022. Para que essa ampliação ocorra com qualidade, em março de 2011, o Governo Federal lançou um conjunto de medidas para fortalecer o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama. Desde então, estão em curso ações para a implementação dos serviços de rastreamento e diagnóstico do câncer de mama e dos serviços de rastreamento, diagnóstico e tratamento do câncer de colo do útero.

- Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama – SDM e Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC): definidos com base na Portaria GM/MS n. 189/2014, que apresenta o rol de procedimentos e equipe mínima para garantir o acesso aos procedimentos necessários de rastreamento e/ou diagnóstico do câncer de mama e de colo e tratamento das lesões precursoras do câncer de colo de útero pelo usuário, em um único estabelecimento de saúde, contando, para isso, com equipe de profissionais com formação adequada. Esses procedimentos, quando realizados em estabelecimentos habilitados como SDM e/ou como SRC, receberão incentivo financeiro diferenciado.

- Mamografia Móvel: as Portarias GM/MS n. 2.304/2012 e n. 1.228/2012 instituíram e regulamentaram a habilitação do Programa de Mamografia Móvel no âmbito do SUS, com o objetivo articular ações que visem ao aumento da cobertura mamográfica em todo território nacional, principalmente, em mulheres na faixa etária elegível (de 50 a 69 anos) e em locais de difícil acesso, com incremento de 44,88% no valor do procedimento de mamografia bilateral para rastreamento, quando realizado nos estabelecimentos de saúde habilitados como Unidade de Mamografia Móvel.

- Ampliação do acesso à radioterapia: para fortalecer e ampliar os serviços destinados à oferta de procedimentos de tratamento do câncer, o MS elaborou o Plano de Expansão da Radioterapia no SUS, previsto na Portaria GM/MS n. 931/2012. Em 2013 foi publicado o edital que operacionaliza esse Plano e que prevê a implementação de 80 soluções de radioterapia em todo país, sendo propostos 41 (quarenta e um) novos serviços de radioterapia, sendo 32 (trinta

e dois) serviços sem braquiterapia e 9 (nove) serviços com braquiterapia, e ampliação de outros 39 (trinta e nove) serviços⁵.

– Programas de Qualidade – Qualificação Nacional em Citopatologia: considerando a natureza qualitativa da análise do exame citopatológico e a necessidade de monitoramento da sua qualidade, foi pactuada na CIT a Qualificação Nacional em Citopatologia (QualiCito), que tem como propósito estabelecer critérios e parâmetros de qualidade para promover a melhoria contínua da qualidade dos exames citopatológicos ofertados à população. A Portaria GM/MS n. 3.388/2013 institui os critérios de qualidade e classificação dos laboratórios, criou incentivos diferenciados para a realização do exame citopatológico em mulheres entre 25 e 64 anos e para a revisão da análise dos exames citopatológicos como forma de controle de qualidade das lâminas. Além do pagamento diferenciado para esses procedimentos, a Portaria prevê incentivo financeiro aos laboratórios que atendam a critérios de qualidade e de produção mínima.

– Programa Nacional Qualidade em Mamografia: no eixo do controle do câncer de mama, destaca-se a revisão da Portaria GM/MS n. 531/2012, que instituiu o Programa Nacional de Qualidade da Mamografia (PNQM), na qual são definidos os critérios de qualidade dos serviços de mamografia em todo o território nacional, bem como o monitoramento do Programa, que foi atualizada pela Portaria GM/MS n. 2.898/2013.

– Revisão de diretrizes clínicas: em 2012 foram publicadas as diretrizes diagnósticas e terapêuticas para os seguintes tipos de câncer: (i) Leucemia Mielóide Crônica de Criança e Adolescente com Mesilato de Imatinibe; (ii) Leucemia Linfoblástica Aguda Cromossoma Philadelphia Positivo de Criança e Adolescente com Mesilato de Imatinibe; (iii) Neoplasia Maligna Epitelial de Ovário; (iv) Tumor Cerebral no Adulto; (v) Câncer de Pulmão; (vi) Câncer de Cólon e Reto; (vii) Câncer de Fígado no Adulto e (viii) Linfoma Difuso de Grandes Células B. Em 2013, para Melanoma Maligno Cutâneo, Adenocarcinoma de Estômago e Leucemia Mielóide Crônica em Adultos. Já em 2014, foram publicadas as diretrizes para Carcinoma Diferenciado de Tireóide, Tumor do Estroma Gastrointestinal (GIST), Leucemia Mielóide Aguda do Adulto, e estão em consulta pública as de Câncer de Esôfago, Câncer de Mama e Câncer de Rim. Estão programadas,

⁵ Informação da Coordenação Nacional da Política de Prevenção e Controle do Câncer/DAET/SAS/MS, 2015.

ainda, a elaboração e publicação das diretrizes para Câncer de Próstata, Câncer de Cabeça e Pescoço, Linfoma Indolente e Mieloma Múltiplo.

– Incorporação de medicamentos: nos últimos anos, o MS tem atuado no sentido de centralizar a compra e a distribuição de alguns medicamentos oncológicos em comum acordo com os gestores do SUS, com o objetivo de reduzir o custo da quimioterapia e, principalmente, aumentar o acesso da população brasileira a esse tratamento. Foram incorporados: Mesilato de Imatinibe (Glivec®); Trastuzumabe (Herceptin®); L-Asparaginase (Elspar®); e Talidomida para a quimioterapia paliativa do Mieloma Múltiplo.

Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência responsável pela atenção à deficiência física passou em 2012, com a instituição da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, a integrar as deficiências auditiva e intelectual e a ostomia (Portaria GM/MS n. 793/2012). No mesmo ato, foi revogada a Portaria GM/MS n. 818/2001 que estabelecia mecanismos para a organização das redes de assistência à pessoa com deficiência física. Os princípios, objetivos e critérios de adesão para a implantação da rede estão no livro “A Atenção Primária e as Redes de Atenção”, CONASS/2015, sendo atualizado neste estudo apenas o componente relacionado à Atenção Especializada em Reabilitação, composto pelos Ambulatórios, Oficinas Ortopédicas, e Hospitais da Rede de Urgência e Emergência – RUE.

Os pontos da Atenção Especializada Ambulatorial em Reabilitação são os Estabelecimentos Ambulatoriais habilitados com apenas um Serviço de Reabilitação; os Centros Especializados em Reabilitação (CER); e os Centros de Especialidade Odontológica – CEO, organizados nas seguintes formas:

CER Tipo	Especialidades de Serviços de Reabilitação
CER II	Auditiva e física
CER II	Auditiva e intelectual
CER II	Auditiva e visual
CER II	Física e intelectual
CER II	Física e visual
CER II	Intelectual e visual
CER III	Auditiva, física e intelectual
CER III	Auditiva, física e visual
CER III	Auditiva, intelectual e visual
CER III	Física, intelectual e visual
CER IV	Auditiva, física, intelectual e visual

As regras para o funcionamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) para atendimento às pessoas com deficiências estão dispostas na Política Nacional de Saúde Bucal (Portaria GM/MS n. 600/2006).

Ainda na Atenção Especializada Ambulatorial, foi prevista a criação de Oficinas Ortopédicas, que se constituem como serviço de dispensação, de confecção, de adaptação e de manutenção de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM). As oficinas poderão ser fixas ou itinerantes (terrestres ou fluviais), e quando itinerantes deverão ser vinculadas a uma oficina ortopédica fixa e essa a um estabelecimento habilitado em reabilitação.

O componente Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergências na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência é parte integrante da Rede de Atenção à Urgência e Emergências, e para constituir-lo deverá priorizar o acolhimento e a classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com deficiência; ter equipes de referência em reabilitação em portas hospitalares de urgência e emergência vinculadas à ação pré-deficiência; ampliar o acesso à atenção para pessoa com deficiência em leitos de reabilitação hospitalar; e ampliar o acesso regulado da atenção à saúde para pessoas com deficiência em hospitais de reabilitação; e o acesso às urgências e emergências odontológicas.

Para implementação dessa política, foi instituído o incentivo financeiro de investimento destinado à construção, reforma ou ampliação dos CER II, III e IV e do serviço de oficina ortopédica, destinado à aquisição de equipamentos e outros materiais permanentes (Portaria GM/MS n. 835/2012, alterada pela Portaria GM/MS n. 1.303/2013).

Nesse período foram elaboradas as Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal e da Atenção à Saúde Ocular na Infância com o objetivo de oferecer orientações às equipes multiprofissionais, visando à detecção e intervenção precoce para a prevenção de deficiências auditivas e visuais e o encaminhamento correto para os diversos pontos de atenção auditiva e visual. (http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt1328_03_12_2012.html).

É importante destacar a Atenção Especializada de Alta Complexidade às Pessoas com Deficiência Auditiva no SUS (Portaria GM/MS n. 2.776, de 18 de dezembro de 2014), pois, entre os vários distúrbios da comunicação existentes, a deficiência auditiva ocupa um lugar de destaque ao acarretar inúmeras limitações para o desenvolvimento do indivíduo. O SUS oferece diversos tratamentos clínicos, cirúrgicos e de reabilitação para pacientes, adultos e crianças, com deficiência auditiva, dentre eles o implante coclear, considerado como um recurso efetivo, que permite a melhora significativa na maioria desses pacientes, acompanhado de habilitação e/ou reabilitação auditiva. <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/dezembro/23/DIRETRIZES-GERAIS-ATENCAO-ESPECIALIZADA-23122014.pdf>

Atualmente existe 27 Centros de Implante Coclear habilitados, sendo 7 na Região Nordeste, 1 na Região Norte, 5 na Região Sul, 2 na Região Centro Oeste e 12 na Região Sudeste.

Política Nacional de Saúde Bucal

Em 2011 foi alterada pela Portaria GM/MS n. 1.464/2011, a forma de monitoramento da produção dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) parte do anexo da Portaria GM/MS n. 600/2006. Em 2012, foram definidos os valores dos incentivos de implantação e de custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) Tipo 1, Tipo 2 e Tipo 3 (Portaria GM/MS n. 1.341/2012), com a finalidade de garantir recursos financeiros para ampliar o acesso e qualificação da atenção a saúde bucal. Na mesma Portaria foi definido valor adicional do incentivo de custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) aderidos à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. E ainda, a Portaria GM/MS n. 1.825/2012 alterou o valor dos procedimentos de prótese dentária na Tabela de Procedimentos do SUS e os recursos anuais foram incorporados ao Teto MAC para confecção de próteses dentárias nos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD).

Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia

Considerando que as causas externas constituem a terceira causa de mortalidade no Brasil e a necessidade de prevenção para reduzir a mortalidade decorrente destas, foi definida como prioritária a Linha de Cuidado do Trauma na Rede de Atenção às Urgências e Emergências e instituída pela Portaria GM/MS n. 1.365/2013, seguida da portaria que define a organização dos Centros de Trauma (Portaria GM/MS n. 1.366/2013).

Tipologia dos Centros de Trauma:

I - Centro de Trauma Tipo I é um estabelecimento hospitalar que desempenha o papel de referência para atendimento ao paciente traumatizado e identifica-se como Hospital Geral, seguindo as tipologias das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência de que trata a Portaria GM/MS n. 2.395/2011.

II - Centro de Trauma Tipo II é um estabelecimento hospitalar que desempenha o papel de referência para atendimento ao paciente traumatizado e identifica-se como Hospital Especializado Tipo I, segundo a tipologia das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência de que trata a Portaria GM/MS n. 2.395/2011.

III - Centro de Trauma Tipo III é um estabelecimento hospitalar que desempenha o papel de referência para atendimento ao paciente traumatizado e identifica-se como Hospital Especializado Tipo II, segundo a tipologia das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência de que trata a Portaria GM/MS n. 2.395/2011.

Os estabelecimentos habilitados em Centros de Trauma terão o incremento financeiro no valor de 80% (oitenta por cento) nos Componentes Serviços Hospitalares (SH) e Serviços Profissionais (SP), sendo os recursos financeiros para o custeio incorporados ao MAC, com base na competência em que ocorrer a habilitação dos Centros de Trauma. A Linha de Cuidado ao Trauma está disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br/sas.

Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências na Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE)

Redefinida em 2011, está integrada à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) (Portaria GM/MS n. 1.600/2011), transversal às diversas políticas de saúde e parte das redes de atenção temáticas instituídas nesse período. Os objetivos e a descrição do conjunto dos componentes da RUE

definidos na Portaria n. 1.600/2011 estão detalhados no Livro “A Atenção Primária à Saúde e as Redes de Atenção à Saúde”, CONASS/2015.

Os componentes relacionados à atenção de media e alta complexidade especializada foram revistos no período, como o Serviço de Atendimento Móvel (SAMU) 192 e suas Centrais de Regulação das Urgências, a Sala de Estabilização, as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24h e Serviços de urgências 24h, e o Componente Hospitalar.

Vale lembrar, que foram priorizadas pela Portaria as linhas de cuidado cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica, e publicadas a partir de 2011. Componente SAMU 192 e Central de Regulação das Urgências: as novas diretrizes para a implantação do SAMU 192 e a Central de Regulação de Urgências encontram-se na Portaria GM/MS n. 1.010/2012, posteriormente alterada pela Portaria GM/MS n. 1.473/2013. Outras portarias definem as regras de cadastramento (Portarias SAS/MS n. 356/2013, 826/2014 e 460/2014).

– Componente Sala de Estabilização (SE): pode ser instalada em serviços de saúde públicos ou filantrópicos preferencialmente em Hospitais de Pequeno Porte (HPP e Unidade Básica de Saúde e Unidade Mista, quando garantidas as condições para seu funcionamento efetivo por 24 horas em todos os dias da semana (Portaria GM/MS n. 2.338/2011).

– Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24h e o conjunto de serviços de urgência 24 horas: a UPA 24h, na configuração da RUE, é um estabelecimento intermediário entre a Atenção Primária e Atenção Hospitalar. (Portaria GM/MS n. 342/2013 vigente, porém alterada pela Portaria GM/MS n. 2.740/2014. As orientações técnicas para a implantação da UPA estão disponíveis no portal do MS, por meio do sítio eletrônico <http://www.saude.gov.br/sas>.

A Portaria n. 342/2013, além de redefinir as diretrizes para a implantação da UPA, estabeleceu as condições para a habilitação e qualificação da UPA “Nova” e “Ampliada” e do conjunto de serviços de urgência 24 horas na RUE, e as regras para o recebimento do incentivo financeiro de investimento e custeio de ambas. Assim, poderão receber recursos financeiros de investimento e de custeio mensal como UPA Ampliada, quando habilitada e qualificada, a Policlínica, Pronto atendimento; Pronto-socorro Especializado; Pronto-socorro Geral; e Unidades Mistas.

As principais alterações relacionadas ao financiamento e à definição de porte estão sintetizadas conforme o Quadro 04.

Quadro 04 INCENTIVO FINANCEIRO DE INVESTIMENTO PARA UPA “NOVA E AMPLIADA” POR PORTE

UPA/PORTE	Incentivo Financeiro/ Investimento UPA NOVA	INCENTIVO FINANCEIRO/ INVESTIMENTO UPA AMPLIADA
Porte I	2.200.000,00	1.500.000,00
Porte II	3.100.000,00	2.500.000,00
Porte III	4.000.000,00	3.500.000,00

Fonte: Portaria n. 342/2013.

Quadro 05 INCENTIVO FINANCEIRO DE CUSTEIO PARA UPA “NOVA HABILITADA E UPA AMPLIADA HABILITADA E QUALIFICADA” POR PORTE

UPA/PORTE	CUSTEIO/MÊS UPA NOVA HABILITADA	CUSTEIO/MÊS UPA NOVA HABILITADA E QUALIFICADA	CUSTEIO/ MÊS UPA AMPLIADA, HABILITADA E QUALIFICADA *
PORTE I	100.000,00	170.000,00	100.000,00
PORTE II	175.000,00	300.000,00	175.000,00
PORTE III	250.000,00	500.000,00	300.000,00

Fonte: Portaria GM/MS n. 342/2013.

Quadro 06 DEFINIÇÃO DOS PORTES APLICÁVEIS ÀS UPA 24H

DEFINIÇÃO DOS PORTES APLICÁVEIS ÀS UPA 24H	POPULAÇÃO DE ABRANGÊNCIA	ÁREA FÍSICA MÍNIMA	ATENDIMENTO MÉDICO EM 24 HORAS	MÍNIMO DE MÉDICOS DAS 7HS ÀS 19HS	MÍNIMO DE MÉDICOS 19HS ÀS 7HS	MÍNIMO DE LEITOS DE OBSERVAÇÃO
PORTE I	50.000 a 100.000 habitantes	700 m ²	Média de 150 pacientes	2 médicos	2 médicos	7 leitos
PORTE II	100.001 a 200.000 habitantes	1.000 m ²	Média de 250 pacientes	4 médicos	2 médicos	11 leitos
PORTE III	200.001 a 300.000 habitantes	1.300 m ²	Média de 350 pacientes	6 médicos	3 médicos	15 leitos

Fonte: Portaria GM/MS n. 342/2013.

– Componente hospitalar

O componente hospitalar na RUE é organizado pelas Portas de Entradas dos Hospitais, e Leitos de Retaguarda em enfermarias clínicas, Leitos de Cuidados

Prolongados, e Leitos de UTI, de acordo com as regras estabelecidas na Portaria GM/MS n. 2.395/2011 e em portarias específicas por serviços. Entre outras condições, as portas de entrada para urgências e emergências dos hospitais públicos ou filantrópicos deverão estar habilitadas em pelo menos uma das linhas de cuidados prioritárias cardiovascular; neurologia/neurocirurgia; pediatria; e traumatologia-ortopedia.

Portas de entrada de urgências 24 horas em unidades hospitalares:

Para a readequação física e tecnológica, as portas de entrada localizadas em hospitais estratégicos poderão receber, caso necessitem, o valor até R\$ 3.000.000,00 (três milhões de reais) mediante critérios definidos na Portaria. Quando habilitadas as portas de entradas dos hospitais, receberão incentivo mensal que varia com a tipologia do estabelecimento conforme quadro a seguir.

Quadro 07 TIPOLOGIA DOS HOSPITAIS E INCENTIVO FINANCEIRO DE CUSTEIO MENSAL PARA AS PORTAS DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIA DA RUE

Tipologia	Portas de Entrada		
	Hospital Especializado Tipo II	Hospital Especializado Tipo I	Hospital Geral
Critérios de habilitação	Hospital de referência que atenda no mínimo a uma macrorregião, obedecendo aos critérios estabelecidos neste documento e deve ser referência para uma cobertura populacional a partir de 501 mil habitantes. Deve possuir, no mínimo, dois serviços de referência, habilitado sem alta complexidade, para desempenhar seu papel como neurocirurgia, traumatologia-ortopedia, cardiologia/cardiovascular, ou como referência para pediatria.	Hospital de referência para uma ou mais regiões de Saúde conforme PDR. Com uma cobertura populacional de 201 mil a 500 mil habitantes. Deve possuir, no mínimo, um serviço de referência, habilitado em alta complexidade, para desempenhar seu papel como neurocirurgia e/ou traumatologia-ortopedia e/ou cardiologia/cardiovascular ou como referência para pediatria.	Hospital de referência para, no mínimo, uma Região de Saúde conforme Plano Diretor Regional – PDR. Com cobertura populacional de até 200 mil habitantes. São estabelecimentos que possuem estrutura para realizações de média complexidade.
Recursos Humanos	Deve contar com equipe 24h, composta por médicos especializados, cuja composição depende do perfil assistencial do estabelecimento, equipe multidisciplinar e equipes para manejo de pacientes críticos.	Deve contar com equipe 24h, composta por médicos especializados, cuja composição depende do perfil assistencial do estabelecimento, equipe multidisciplinar e equipes para manejo de pacientes críticos.	Deve contar com equipe 24 horas composta por clínico geral, pediatra, cirurgião, anestesiológico, enfermeiros, técnicos e equipes para manejo de pacientes críticos.
Incentivo Financeiro Mensal	R\$ 300.000,00	R\$ 200.000,00	R\$ 100.000,00

Fonte: Portaria GM/MS n. 2.395/2011.

O Ministério da Saúde em seu Plano Plurianual (PPA) (2012–2015) estabeleceu como meta a qualificação de 231 portas de entradas da RUE, distribuídas entre os 27 estados da Federação. Em 2014, havia 273 portas qualificadas pela Rede de Urgência e 119 (44%) delas estão em hospitais gerais, 96 (35%) em hospitais especializados do tipo I e 58 (21%) em hospitais especializados do tipo II⁶.

Leitos de Retaguarda do componente hospitalar: as Enfermarias Clínicas de Retaguarda, quando habilitadas, recebem diária diferenciada de R\$ 300,00 (trezentos reais) por leito novo ou qualificado conforme critérios e diretrizes estabelecidas na Portaria GM/MS n. 2.395/2011. Da mesma forma, a Portaria GM/MS n. 2.809/2012 definiu a organização e o financiamento para investimento e custeio das Unidades de Cuidados Prolongados de Retaguarda à RUE e às demais Redes Temáticas.

Os estabelecimentos hospitalares públicos ou conveniados ao SUS que disponibilizem leitos de UTI para retaguarda às Portas de Entrada da RUE poderão apresentar projeto para adequação física e tecnológica no montante de R\$ 100.000,00 (cem mil reais) / leito novo e quando habilitados recebem um custeio diferenciado por leito da UTI no valor de R\$ 800,00 (oitocentos reais) leito/dia. Até dezembro de 2014, foram abertos 709 novos leitos de UTI adulto e 74 novos leitos de UTI pediátrica⁷.

Foi estabelecido que a implantação da RUE iniciasse nas regiões metropolitanas, tendo em vista a sua concentração de serviços de saúde de urgências e, após o mapeamento destas, se desenhariam estratégias de interiorização da referida rede. Dessa maneira, a Rede de Atenção às Urgências aprovou, no período de 2011 a dezembro de 2014, o total de 60 Planos de Ação Regional RUE⁸.

PROGRAMA SOS EMERGENCIAS

Como parte da organização do componente hospitalar da RUE, foi oficializado por meio da Portaria GM/MAS n. 1.663/2012 o Programa SOS Emergências. O Programa é uma ação estratégica do Ministério da Saúde em conjunto com os estados, municípios e Distrito Federal para a melhoria do

6_ Informação DAHU/SAS/MS, 2015.

7_ Informação DAHU/SAS/MS, 2015

8_ Informação DAHU/SAS/MS, 2015

atendimento de urgência e emergência do Sistema Único de Saúde (SUS). Tem como finalidade atuar de forma mais organizada, ágil e efetiva sobre a oferta da assistência nas maiores e mais complexas portas de entrada hospitalares de urgência do país e assessorar tecnicamente a equipe desses hospitais para a melhoria da gestão e qualidade do atendimento de usuários do SUS.

Foram selecionados, para participar do Programa SOS Emergências, os hospitais com portas de entradas de urgências estratégicas localizadas prioritariamente nas regiões metropolitanas (capitais) do país. O Programa SOS Emergências busca implantar ferramentas que visam à melhoria da gestão de leitos; a garantia do acesso qualificado por risco; a melhoria da qualidade da assistência com redefinição dos fluxos e processos; a qualificação profissional; disponibilização de leitos de retaguarda melhorias físicas, aquisição de equipamentos e a melhoria da articulação com a RUE com o objetivo de redução da superlotação dos serviços de emergências. Implantado em 31 hospitais, três deles iniciaram atividades, com o apoio local e matricial do Programa SOS Emergências para elaboração de diagnóstico, plano de ação, monitoramento, ainda não oficializaram a entrada no Programa por meio da assinatura do termo de compromisso.

QUADRO 08 HOSPITAIS DO PROGRAMA SOS EMERGÊNCIAS – 1º, 2º E 3º CICLOS

1º ciclo

Instituto Dr. José Frota	Fortaleza (CE)
Hospital da Restauração	Recife (PE)
Hospital Geral Roberto Santos	Salvador (BA)
Hospital de Urgências de Goiânia	Goiânia (GO)
Hospital de Base	Brasília (DF)
Hospital João XXIII	Belo Horizonte (MG)
Santa Casa de Misericórdia de SP	São Paulo (SP)
Casa de Saúde Santa Marcelina	São Paulo (SP)
Hospital Miguel Couto	Rio de Janeiro (RJ)
Hospital Albert Schweitzer	Rio de Janeiro (RJ)

Hospital Nossa Senhora da Conceição	Porto Alegre (RS)
Hospital Metropolitan de Urgência e Emergência	Ananindeua (PA)

2º ciclo

Hospital e Pronto-socorro João Paulo II	Porto Velho (RO)
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel	Natal (RN)
Hospital Getúlio Vargas	Recife (PE)
Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena	João Pessoa (PB)
Hospital e PS Dr. João Lúcio P Machado	Manaus (AM)
Hospital de Urgência de Teresina Prof. Zenon Rocha	Teresina (PI)
Hospital do Trabalhador	Curitiba (PR)
Hospital e Pronto-socorro Municipal de Cuiabá	Cuiabá (MT)
Hospital Geral do Estado Dr. Osvaldo Brandao Vilela	Maceió (AL)
Hospital Governador João Alves Filho	Aracaju (SE)

3º ciclo

Hospital Geral de Rio Branco	Rio Branco (AC)
Hospital Geral de Roraima	Boa Vista (RR)
Hospital de Emergência do Amapá	Macapá (AP)
Hospital Governador Celso Ramos	Florianópolis (SC)
Hospital Geral de Palmas Dr. Francisco Ayres	Palmas (TO)
Santa Casa de Campo Grande	Campo Grande (MS)
Hospital Municipal de Urgência e Emergência Clementino Moura	São Luiz (MA)
Hospital São Lucas	Vitória (ES)
Hospital Geral de Fortaleza	Fortaleza (CE)

Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica

A Portaria GM/MS n. 1.161/2005 que instituiu a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica encontra-se vigente. Vale salientar que os parâmetros populacionais estabelecidos na Portaria SAS/MS n. 756/2005, que

define a organização das redes estaduais de assistência na alta complexidade em neurocirurgia, estão suspensos pela Portaria SAS/MS n. 433/2012.

Em 2011, a Portaria SAS/MS n. 189/2011 atualizou os procedimentos de neurocirurgia e os valores da tabela do SUS, revogando a Portaria SAS/MS n. 694/2010 que regulamentava os procedimentos dessa área e para orientar a organização da linha de cuidado cerebrovascular prioritária da RUE, foi publicada a Portaria GM/MS n. 664/2012, que aprova o Protocolo Clínico e as Diretrizes Terapêuticas para trombólise no Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo, disponível no endereço eletrônico: www.saude.gov.br/sas

Linha de Cuidado ao Acidente Vascular Cerebral – AVC na Rede de Atenção às Urgências e Emergências a partir de 2012 a RUE vem se estruturando para qualificação do atendimento ao paciente com AVC. Com a instituição da Linha de Cuidado ao AVC e a publicação das portarias que normalizam esse cuidado, são repassados recursos como incentivo para os hospitais habilitados, com leitos de Unidades de Cuidado ao AVC Agudo – U-AVC Agudo e Unidades de Cuidado Integral ao AVC – U-AVC integral, em regiões metropolitanas com maior número de internações por AVC, e de acordo com Plano de Ação Regional da RUE (Portaria GM/MS n. 665, de 12 de abril de 2012). A referida Portaria dispõe sobre os critérios para a habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgências aos Pacientes com AVC, que são classificados conforme segue:

Quadro 09 REQUISITOS PARA HABILITAÇÃO COMO CENTROS DE AVC

REQUISITOS	CENTROS DE AVC
Disponibilizar e realizar o procedimento com o uso de trombolítico, conforme PCDT específico.	Centros Tipo I, II e III
Realizar atendimento de urgência vinte e quatro horas por dia, todos os dias da semana.	Centros Tipo I, II e III
Realizar exame de tomografia computadorizada de crânio nas vinte e quatro horas do dia	Centros Tipo I, II e III
Fornecer cobertura de atendimento neurológico, disponível em até 30 minutos da admissão do paciente.	Centros Tipo I, II e III
Disponer de equipe neurocirúrgica, presencial ou disponível em até duas horas	Centros Tipo I, II e III
Possuir UTI Tipo II ou III	Centros Tipo I, II e III

Possuir U-AVC agudo com área física definida com no mínimo cinco leitos e realizar atendimento ao paciente agudo até setenta e duas horas de internação	Centros Tipo II
Possuir U-AVC integral, com no mínimo 10 leitos e até quinze dias de internação.	Centros Tipo III

Atualmente existem 33 hospitais habilitados em atendimento especializado ao paciente com AVC, sendo 28 Centros de Atendimento de Urgência aos Pacientes com AVC Tipo III, 2 Centros de Atendimento de Urgência aos Pacientes com AVC Tipo II e 3 Centros de Atendimento de Urgência aos Pacientes com AVC Tipo I, totalizando 348 leitos especializados para o atendimento aos Pacientes com AVC⁹. O parâmetro para financiamento e custeio diferenciado dos leitos de AVC é de 20 leitos ou fração para cada 800 internações por AVC/ano. Para tanto, foi instituído o incentivo financeiro de custeio no valor de R\$350,00 (trezentos e cinquenta reais) por leito/dia para as Unidades de Cuidado ao AVC Agudo e Unidades de Cuidado ao AVC Integral, cujos leitos deverão ser regulados pelas Centrais de Regulação.

– A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP): resultante da pactuação gestora tripartite estabelece as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Suas disposições se aplicam aos hospitais, públicos ou privados, que prestem ações e serviços no âmbito do SUS.

A PNHOSP prevê a sua implantação de forma gradual, com base nas novas contratualizações, com prioridade para os Hospitais que fazem parte das Redes Temáticas de Atenção à Saúde e Programas prioritários do SUS. É importante o entendimento do papel coordenador, no âmbito estadual, dado às SES, no tocante à implantação, monitoramento e avaliação da PNHOSP, de forma pactuada na CIB e na CIR.

A PNHOSP conceitua os hospitais como *“instituições complexas, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde, exigindo-se assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o*

9_ Informação DAHU/SAS/MS 2015.

tratamento e a reabilitação”. Define que o hospital, que presta ação ou serviço no SUS, constitui-se como um ponto ou conjunto de pontos de atenção e sua missão e perfil assistencial deverá ser definido de acordo com as necessidades estabelecidas pela RAS. Deve atuar de forma articulada à Atenção Básica, que tem a função de coordenadora do cuidado e ordenadora da RAS. Os hospitais também são espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa e avaliação de tecnologias em saúde para a RAS.

As diretrizes da PNHOSP reafirmam (i) os princípios constitucionais da universalidade do acesso, equidade e integralidade na atenção hospitalar, do financiamento tripartite, da participação e controle social, (ii) das legislações específicas tais como as relativas à saúde indígena, à transparência e eficiência na aplicação dos recursos e (iii) aquelas definidas em portarias próprias, pactuadas entre os gestores a exemplo da portaria que instituiu a RAS, a Política Nacional de Regulação, a Política Nacional de Humanização, a Política Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS, o Programa Nacional de Segurança do Paciente e ao monitoramento e avaliação.

A PNHOSP apresenta 06 eixos estruturantes: Assistência Hospitalar, Gestão Hospitalar, Formação, Desenvolvimento e Gestão da Força de Trabalho, Financiamento, Contratualização e Responsabilidades das Esferas de Gestão, detalhados cada um dos eixos na Portaria GM/MS n. 3.390/2013.

Além das competências de cada esfera de governo, foi instituído o Comitê Gestor da Atenção Hospitalar, com composição tripartite, para monitorar e avaliar a PNHOSP periodicamente, em ato específico do Ministro do Estado da Saúde. Esse Comitê deverá aprofundar as discussões sobre a reformulação do modelo de financiamento da Atenção Hospitalar. Em que pese a Portaria da PNHOSP ter sido publicada, até o momento, esse Comitê não foi constituído.

A Portaria prevê que os Hospitais certificados como de Excelência deverão cumprir essa PNHOSP e que a publicação de manuais e guias com o detalhamento operacional e orientações específicas a ser elaborado pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), o que ainda não ocorreu.

No que diz respeito à Contratualização, um dos eixos estruturantes da PNHOSP teve suas diretrizes estabelecidas pela Portaria GM/MS n. 3.410/2013, que definiu o prazo de 365 dias, a contar de sua publicação, para os gestores se adequarem a nova proposição. Esse prazo foi prorrogado por mais 365 dias, a partir de 29 de dezembro de 2014 (Portaria GM/MS n. 2.839/2014).

Passo seguinte foi a instituição do Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH) que substituiu o antigo Incentivo de Apoio à Contratualização (IAC). Os critérios de elegibilidade e habilitação dos hospitais para o recebimento do IGH foram definidos pela Portaria GM/MS n. 142/2014.

– Hospital de Pequeno Porte (HPP): as discussões tripartites que resultaram na publicação das portarias da PNHOSP, da Contratualização e do IGH, não contemplaram os Hospitais Públicos com até 50 leitos e, tão pouco, os Hospitais privados com ou sem fins lucrativos, que prestam serviços ao SUS. A redefinição das diretrizes para esse importante segmento foi remetida para o ano de 2014. O CONASS realizou diversas Oficinas de Trabalho, Seminários e reuniões com expertos e técnicos das SES sobre o tema, que culminou na apresentação de sua proposta na Nota Técnica CONASS n. 12/2014, entregue formalmente ao MS na reunião da Comissão Tripartite realizada em junho de 2014. A Portaria n. 1.044/2004 que instituiu a política para HPP continua vigente. Não foi possível a pactuação sobre o tema HPP em 2014.

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

Em 2013, foi aprovada a Lei n. 12.845/2013, que dispõe sobre o atendimento obrigatório às pessoas vítimas de violência sexual. A Lei foi regulamentada pelo Decreto n. 7.958/2013 que estabeleceu as diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e do SUS. Sendo as mulheres as maiores vítimas de violência sexual, o tema está tratado na área de atenção à Saúde da Mulher embora abranja todas as pessoas de forma indiferenciada. Durante os anos de 2013 e 2014, entre os vários encontros do MS, Ministério da Justiça e gestores do SUS convidados, foi regulamentada as regras para a habilitação e funcionamento dos serviços de atenção integral às pessoas em situação de violência sexual. Os conteúdos das portarias estão disponíveis nos *links*: (http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0528_01_04_2013.html); (http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0485_01_04_2014.html), e (http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0618_18_07_2014.html)

Por último, foi publicada a Portaria Interministerial n. 288/2015 que estabeleceu as orientações para a organização e integração do atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e pelos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).

– Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil – Rede Cegonha: instituída pela Portaria GM/MS n. 1.459/2011 essa Rede possui quatro componentes, Pré-

Natal, Parto e Nascimento; Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e Sistema Logístico – ver livro A Atenção Primária e as Redes de Atenção à saúde, Conass/2015.

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

Além dos repasses de incentivos financeiros nos anos de 2009 e 2010, em 2011 foi transferido o valor correspondente a R\$ 75.000,00 (setenta e cinco mil reais) para 26 Estados e ao Distrito Federal, e R\$ 55.000,00 (cinquenta e cinco mil reais) para 52 Municípios com a finalidade de apoiar o desenvolvimento das ações previstas no eixo I – Implantação da política. Nos anos seguintes, não foram repassados recursos de fonte federal para essa modalidade de incentivo (Portaria GM/MS n. 2.708/2011). Destaca-se que em 2014, a Lei n. 13.045/2014, em seu Art. 4º determinou que as unidades de saúde são obrigadas a realizar exames para a detecção precoce do câncer de próstata pelo SUS.

Política Nacional de Atenção e Saúde Mental na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

Em 2011, com a publicação da Portaria GM/MS n. 3.088/2011, a Política Nacional de Saúde Mental passou a integrar a Rede de Atenção Psicossocial instituída no mesmo ato normativo. Os componentes da RAPS e respectivos pontos de atenção estão descritos no Quadro 10.

Quadro 10 COMPONENTES DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

COMPONENTE	PONTO DE ATENÇÃO
Atenção básica em saúde	Unidade Básica de Saúde com Equipes de Atenção Básica; e Equipes de Atenção Básica para populações específicas, Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, Centros de Convivência e Cultura.
Atenção psicossocial	Centros de Atenção Psicossocial – CAPS I, II, III, AD, ADIII e CAPS infantil.
Atenção de Urgência e Emergência	SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas; Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto-socorro em Hospital Geral; Unidades Básicas de Saúde, entre outros.
Atenção residencial de caráter transitório	Unidade de Acolhimento; Serviços de Atenção em Regime Residencial (Comunidades Terapêuticas).

Atenção hospitalar	Leitos de psiquiatria em hospital geral e Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral).
Estratégias de Desinstitucionalização	Serviços Residenciais Terapêuticos - SRT.
Estratégias de reabilitação psicossocial	Iniciativas de trabalho e geração de renda, empreendimentos solidários, e cooperativas sociais.

Fonte: Portaria n. 3.088/2011.

Os componentes da rede e critérios para implantação estão descritos no Livro A Atenção à Saúde e as Redes de Atenção, Conass/2015. Serão abordados nessa atualização somente os componentes relacionados à atenção de média e alta complexidade.

– Componente atenção psicossocial: o componente psicossocial é constituído pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) nas modalidades CAPS I, CAPS II, CAPS III CAPSi, CAPS ad, e CAPSad III (24horas), que tiveram os valores de custeio reajustados pela Portaria GM/MS n. 3.089/2011:

CAPS I – R\$ 28.305,00 (vinte e oito mil trezentos e cinco reais) mensais;

CAPS II – R\$ 33.086,25 (trinta e três mil oitenta e seis reais e vinte e cinco centavos) mensais;

CAPS III – R\$ 54.123,75 (cinquenta e quatro mil cento e vinte e três reais e setenta e cinco centavos) mensais;

CAPSi – R\$ 32.130,00 (trinta e dois mil cento e trinta reais) mensais;

CAPSad – R\$ 39.780,00 (trinta e nove mil setecentos e oitenta reais) mensais; e

CAPSad III (24h) – R\$ 67.511,25 (sessenta e sete mil quinhentos e onze reais e vinte e cinco centavos) mensais.

O CAPS ad III (24h) constitui novo ponto de atenção do componente da atenção especializada da Rede de Atenção Psicossocial destinado a promover a atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, com funcionamento nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados e poderá se destinar a atender adultos, ou crianças e adolescentes, cujas regras para funcionamento e condições para habilitação do CAPS ad III (24h) estão dispostas na Portaria GM/MS n. 130/2012.

Outras portarias que regulamentam o funcionamento dos CAPS podem ser acessadas nos links a seguir: Portaria n. 854/2012 (http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0854_22_08_2012.html); Portaria n. 615/2013 (http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0615_15_04_2013.html); Portaria n. 1.966/2013 (http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1966_10_09_2013.html); Portaria n. 3.091/2013 (http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3091_13_12_2013.html) e Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na rede de atenção psicossocial do Sistema Único De Saúde, http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoas_transtorno.pdf

– Componente atenção em regime residencial

Unidade de Acolhimento - UA): a Portaria GM/MS n. 121/2012, regulamentou a Unidade de Acolhimento - UA, um novo ponto de atenção da RAPS destinada a pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas. Tem como objetivo oferecer acolhimento voluntário para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e familiar e, como pré-requisito, deve ser referência para municípios ou regiões com população igual ou superior a 200.000 habitantes.

Quadro 11 MODALIDADES E INCENTIVO FINANCEIRO PARA A UA

Modalidades de UA	Faixa etária	Incentivo de custeio mensal	Incentivo para implantação
Adulto	+18 ANOS	25.000,00	70.000,00
Infanto juvenil	10 A 18 ANOS	30.000,00	70.000,00

– Componente Atenção Hospitalar

Leitos de Saúde mental em Hospital Geral

A Portaria GM/MS n. 148/2012, define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio.

Outras portarias que disciplinam o funcionamento o componente atenção hospitalar podem ser acessadas nos links a seguir: outras portarias relacionadas ao componente hospitalar: Portaria n. 349/2012; Portaria n. 1.615/2012; Portaria n. 349/2012, e Portaria n. 953/2012.

Política Nacional de Oftalmologia

a) Glaucoma: em 2013, foi aprovado novo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas, publicado na Portaria SAS/MS n. 1.279/2013, que estabeleceu diretrizes para o diagnóstico e tratamento do glaucoma e novo regramento para a dispensação dos colírios.

b) Credenciamento/habilitação dos serviços de Oftalmologia: em janeiro de 2015, o prazo estabelecido para credenciamento/habilitação desses serviços foi alterado (Portaria SAS/MS n. 3/2015).

c) Projeto Olhar Brasil (POB): lançado em 2007 em parceria dos Ministérios da Saúde e da Educação, com o objetivo de identificar e corrigir problemas visuais relacionados à refração e garantir assistência integral em oftalmologia para os casos em que forem diagnosticadas outras patologias em saúde ocular e que necessitem de intervenções, visando contribuir para a redução das taxas de repetência e evasão escolares e facilitar o acesso da população à consulta oftalmológica e a óculos corretivos. Em 2012 os Ministérios da Saúde e Educação redefiniram as estratégias ao Projeto Olhar Brasil (Portaria MS/MEC n. 2.299/2012), e a Portaria SAS n. 1.229/2012 regulamentou sua operacionalização, ampliando seu escopo, buscando atender não apenas às consultas para diagnóstico de erros de refração e oferta de óculo corretivo, mas também para diagnosticar e tratar demais doenças do aparelho da visão, como problemas de retina e estrabismo. Dessa forma, oferecer tratamento oftalmológico ampliado, aumentar a capacidade instalada de atendimento no país, além de reajustar valores de procedimentos na tabela do SUS foram as principais alterações do Projeto.

Política Nacional De Atenção Integral Às Pessoas Com Doenças Raras:

a Política de atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras é uma política recém-instituída em 2014, pela Portaria GM/MS n. 199/2014, republicada em 21 de maio do mesmo ano (Portaria GM/MS n. 981/2014). Essa Política é transversal às redes temáticas prioritárias, em especial à Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência, Rede de Atenção Psicossocial e Rede Cegonha. Tem como objetivo reduzir a mortalidade, bem como contribuir para a redução da morbimortalidade das manifestações secundárias e a melhoria da qualidade de vida das pessoas, por meio de ações de redução de incapacidade, promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos.

Como não seria possível organizar um cuidado abordando as doenças raras de forma individual, em razão do grande número de doenças, essa proposta foi organizada na forma de dois eixos estruturantes, que permitem classificar as doenças raras de acordo com suas características comuns, com a finalidade de maximizar os benefícios aos usuários: as de origem genética (anomalias congênitas ou de manifestação tardia, deficiência intelectual e erros inatos do metabolismo) e as de origem não genética (infecciosas; inflamatórias; autoimunes e outras doenças raras de origem não genética).

O componente da atenção especializada é composto por diversos pontos de atenção: o Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras, que oferece atenção diagnóstica e terapêutica específica para uma ou mais doenças raras, em caráter multidisciplinar e, o Serviço de Referência em Doenças Raras que oferece atenção diagnóstica e terapêutica específica, em caráter multidisciplinar, para no mínimo dois (2) grupos do eixo de doenças raras de origem genética.

Esses serviços devem proporcionar atenção domiciliar com ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças, bem como reabilitação, prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integração à rede de atenção à saúde.

São componentes estruturantes também dessa Política, os Centros Especializados em Reabilitação (CER), responsáveis pela habilitação e/ou reabilitação das pessoas com deficiência (temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua; severa ou em regime de tratamento intensivo), devendo ser encaminhados pelos Serviços de Atenção Especializada e Serviços de Referência em Doenças Raras.

Vale lembrar que, independentemente, do diagnóstico etiológico, em caso de problemas clínicos associados, os Serviços Especializados e Serviços de Referência devem providenciar os encaminhamentos dos pacientes com doenças raras, de acordo com a necessidade, dentro da Rede de Atenção à Saúde, como por exemplo, para as terapias de apoio (fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicopedagogia e outros serviços de atenção ao desenvolvimento neuropsicomotor), nos CER ou nos Serviços Especializados em Geral (ambulatorial ou hospitalar).

Para essa assistência, foram elencados pelo grupo técnico e aprovados junto à Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), a incorporação de 4 procedimentos para diagnósticos, com 15 exames, e o aconselhamento genético, procedimentos estes a serem incluídos na Tabela de procedimentos, medicamentos e órteses, próteses e materiais especiais do

SUS. Esses procedimentos selecionados permitem o diagnóstico de doenças presentes nos três eixos da política que tratam de doenças genéticas, conforme detalhado na Portaria n. 199/2014.

Para o desenvolvimento das ações estão previstos um incentivo financeiro de custeio mensal (incorporado no teto MAC do referido gestor), para as equipes dos Serviços Especializados e Serviços de Referência e, um incentivo financeiro para o custeio dos procedimentos para fins diagnósticos em doenças raras (FAEC), pós-produção.

O Aconselhamento genético será realizado apenas nos serviços de saúde definidos e pactuados pelo gestor local com habilitação específica, por equipe de saúde multiprofissional habilitada para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos conselhos profissionais, respeitados os critérios de habilitação. Essa prática envolve a existência prévia ou o estabelecimento de diagnóstico de determinada doença; a interpretação de achados e estimativas de riscos genéticos para pessoas clinicamente normais com familiares que apresentam diagnóstico de doença rara documentada; a transmissão das informações relativas à etiologia, à evolução, ao prognóstico e ao risco de recorrência, as estratégias de tratamento e prevenção, além de recomendações para acompanhamento e elaboração de relatório final a ser entregue ao consulente. Quando o aconselhamento genético envolver diagnóstico médico, tratamento clínico e medicamentoso será obrigatório a presença de médico geneticista. Além disso, é obrigatória a elaboração de laudo escrito e assinado pelo profissional responsável que realizou o aconselhamento genético, a ser anexado no prontuário do consulente.

OUTRAS AREAS DE ATENÇÃO DE MEDIA E ALTA COMPLEXIDADE

• **Assistência em unidade de tratamento intensivo – UTI:** a Portaria vigente GM/MS n. 3.432/98 atualmente é referência apenas para a habilitação de leitos de UTI Adulto e Pediátrico, uma vez que, com a publicação da Portaria GM/MS n. 930/2012, foram definidas as diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém nascido grave ou potencialmente grave, bem como os critérios de classificação e habilitação de leitos de unidades neonatais no âmbito do SUS.

A Unidade Neonatal constitui serviço de internação responsável pelo cuidado integral ao recém-nascido grave ou potencialmente grave, dotado de estruturas assistenciais que possuam condições técnicas adequadas à prestação

de assistência especializada, incluindo instalações físicas, equipamentos e recursos humanos, que devem articular uma linha de cuidados progressivos ao recém-nascido.

Vale lembrar que essa unidade é parte integrante do componente parto e nascimento da Rede Cegonha, que prevê a suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru), e garantia de acompanhante durante todas as fases do parto até o pós-parto imediato. Para tanto, a Portaria GM/MS n. 1.459/2011, que instituiu a Rede Cegonha, estabeleceu que o MS mediante critérios financiará 80% do custeio, na forma de incentivo, para ampliação dos leitos de UTI adulto, e neonatal e UCI neonatal. Quanto aos requisitos mínimos para o funcionamento de uma Unidade de Terapia Intensiva, deverá atender à RDC n. 07/2010 da Anvisa.

- **Redes estaduais de assistência a queimados:** em 2014, foi colocada em consulta pública n. 7/2014 uma minuta de Portaria que trata do cuidado progressivo ao paciente crítico ou grave com os critérios de elegibilidade para admissão e alta, de classificação e de habilitação de leitos de Terapia Intensiva adulto, pediátrico e queimado e Cuidados Intermediários adulto, pediátrico no âmbito do SUS. O texto “Portaria de Cuidado Progressivo ao Paciente Crítico ou Grave” encontra-se disponível no endereço eletrônico: (http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/cop0007_29_04_2014.html), e o tema ainda não foi levado à pactuação tripartite.

- **Assistência de alta complexidade ao indivíduo com obesidade:** considerando que a obesidade é uma condição crônica e um fator de risco para outras doenças, principalmente diabetes e doenças cardiovasculares, e a importância da prevenção do sobrepeso e o tratamento da obesidade foi pactuada e publicada a Portaria GM/MS n. 424, de 19 de março de 2013, que redefine as diretrizes da organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e da obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS. Foram estabelecidas também as diretrizes para a indicação de cirurgia bariátrica e o acesso a aos diversos níveis de atenção, desde a atenção primária até a atenção especializada hospitalar de alta complexidade. O regulamento técnico, as normas e os critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao indivíduo com obesidade foi estabelecido pela Portaria GM/MS n. 425/2013 estabelece o regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao indivíduo com obesidade. É importante destacar que em julho de 2014 a Portaria GM/

MS n. 1.389/2014 prorrogou o prazo para as SES, as SMS e o Distrito Federal aprovem a linha de cuidado do sobrepeso e obesidade na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas dos estabelecimentos que foram habilitados conforme a Portaria SAS/MS n. 492/2007.

- **Assistência de alta complexidade em terapia nutricional:** não houve alteração significativa no período. Mantem-se vigente a Portaria SAS/MS n. 120/2009, que redefiniu os critérios para credenciamento/habilitação, as normas de classificação dos Serviços de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional Enteral e Enteral/Parenteral e a relação dos procedimentos em Terapia Nutricional da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS.

- **Programa Nacional De Triagem Neonatal – PNTN:** a A Triagem Neonatal no Brasil é realizada para seis doenças congênitas/genéticas – fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doença falciforme e outras hemoglobinopatias, fibrose cística, hiperplasia adrenal congênita e deficiência de biotinidase. Em 2013, foram ratreados aproximadamente 2.4 milhões de RN, correspondendo a 83% de cobertura pelo SUS. A coleta de sangue em papel-filtro deve ser realizada do 3º ao 5º dia de vida do bebê, preconizando o atendimento em tempo oportuno. Esta 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 ¹⁰.

A Portaria GM n. 2.829/2012 instituiu a fase IV no PNTN e incluiu a triagem neonatal para hiperplasia adrenal congênita¹¹ e para deficiência de biotinidase¹² no escopo do programa. É importante lembrar que os procedimentos relacionados à triagem neonatal utilizam o BPA e a APAC como instrumentos de registro de cobrança, e cada um deles possui características distintas que devem ser observadas quando de sua utilização. Destaca-se também a necessidade de integração das triagens auditiva e visual no recém-nascido no escopo dessa política.

10_ Informação área técnica do PNTN/Coordenação Nacional do Sangue e Hemoderivados/ DAHU/SAS/MS

11_ HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA: doença hereditária que afeta a produção de enzimas pelas glândulas suprarrenais. Seus sintomas podem ser variados e sua apresentação mais grave é a forma perdedora de sal. O diagnóstico precoce e o tratamento adequado reduzem a morbimortalidade da doença.

12_ DEFICIÊNCIA DE BIOTINIDASE: doença hereditária que afeta o metabolismo da Biotina, causando uma incapacidade de absorção desta vitamina contida nos alimentos. O diagnóstico precoce e o tratamento adequado reduzem a morbimortalidade da doença.

Sistema nacional de transplantes (SNT)

Vários foram os atos normativos relacionados ao SNT no período: em 2012 buscou-se fazer a manutenção regulada do número de doadores no Registro Brasileiro de Doadores Voluntários de Medula Óssea (REDOME) – Portaria GM/MS n. 844/2012. No mesmo ano, a Portaria GM/MS n. 845/2012 estabeleceu como estratégia de qualificação e ampliação do acesso aos transplantes de órgãos sólidos e de medula óssea, a criação de novos procedimentos e de custeio diferenciado para a realização de transplantes e processo de doação de órgãos, classificados em 4 níveis, de acordo com a complexidade:

nível a – estabelecimentos de saúde autorizados para 4 (quatro) ou mais tipos de transplantes de órgãos sólidos ou autorizados para pelo menos 1 (um) tipo de transplante de órgão sólido e para transplante de medula óssea alogênico, não aparentado;

nível b – estabelecimentos de saúde autorizados para 3 (três) tipos de transplantes de órgãos sólidos;

nível c – estabelecimentos de saúde autorizados para 2 (dois) tipos de transplantes de órgãos sólidos ou para pelo menos 1 (um) tipo de transplante de órgão sólido e transplante de medula óssea alogênico aparentado; e

nível d – estabelecimentos de saúde autorizados para 1 (um) tipo de transplante de órgão sólido.

Nessa mesma Portaria, foi criado o Incremento Financeiro para a realização de procedimentos de Transplantes e o processo de Doação de Órgãos (IFTDO), possibilitando um incremento nos valores dos procedimentos que variou de 30 a 60%, dependendo do nível do serviço.

Em 2013, novos quantitativos físicos da manutenção regulada do número de doadores no Registro Brasileiro de Doadores Voluntários de Medula Óssea (REDOME) foram estabelecidos (Portaria GM/MS n. 2.132/2013), e em 2014, foram regulamentados os critérios de distribuição e controle das cotas para cadastro de novos doadores no Registro Brasileiro de Doadores Voluntários de Medula Óssea (REDOME) (Portaria GM/MS n. 342/2014) e instituído o financiamento para a ampliação do acesso ao Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas (TCTH) alogênico não aparentado (Portaria GM/MS n. 2.758/2014).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional – PNAISP

Em janeiro de 2014 foi publicada a Portaria Interministerial MS/MJ n. 1/2014, instituindo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional – PNAISP, que revogou a Portaria Interministerial MS/MJ n. 1.777/2003, e a Portaria GM/MS n. 240/2007.

A PNAISP define que as pessoas privadas de liberdade no sistema prisional são aquelas com idade superior a dezoito anos e que estejam sob a custódia do Estado em caráter provisório ou sentenciadas para cumprimento de pena privativa de liberdade ou medida de segurança, conforme previsto no Decreto-Lei n. 3.689/1941 – Código Penal e na Lei n. 7.210/1984 – Lei de Execução Penal.

Dessa forma, diferentemente do Plano vigente desde 2003, a Política passa a atender a todas as pessoas privadas de liberdade no sistema prisional, mesmo aquelas não julgadas e sentenciadas. Portaria definiu os princípios que regem a PNAISP (respeito aos direitos humanos e à justiça social; II – integralidade da atenção à saúde da população privada de liberdade no conjunto de ações de promoção, proteção, prevenção, assistência, recuperação e vigilância em saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção; III – equidade, em virtude de reconhecer as diferenças e singularidades dos sujeitos de direitos; IV – promoção de iniciativas de ambiência humanizada e saudável com vistas à garantia da proteção dos direitos dessas pessoas; V – corresponsabilidade interfederativa quanto à organização dos serviços segundo a complexidade das ações desenvolvidas, assegurada por meio da Rede Atenção à Saúde no território; e VI – valorização de mecanismos de participação popular e controle social nos processos de formulação e gestão de políticas para atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade), bem como suas diretrizes da PNAISP e objetivos.

Definiu também que os beneficiários da PNAISP são as pessoas que se encontram sob custódia do Estado, inseridas no sistema prisional ou em cumprimento de medida de segurança, e as custodiadas nos regimes semiaberto e aberto serão preferencialmente assistidas nos serviços da rede de atenção à saúde e as pessoas submetidas à medida de segurança, na modalidade tratamento ambulatorial, serão assistidas nos serviços da rede de atenção à saúde.

As ações de saúde serão ofertadas por serviços e equipes interdisciplinares, na atenção básica por meio das equipes de atenção básica das Unidades Básicas de Saúde definidas no território ou por meio das Equipes de Saúde no Sistema Prisional (ESP), observada a pactuação estabelecida; e a oferta das demais ações e serviços de saúde será prevista e pactuada na Rede de Atenção à Saúde.

A oferta de ações de saúde especializada em serviços de saúde localizados em complexos penitenciários e/ou unidades prisionais com população superior a 1.000 (mil) pessoas privadas de liberdade e a assistência farmacêutica no âmbito da Política serão regulamentadas por ato específico do Ministro de Estado da Saúde, bem como a estratégia e os serviços para avaliação psicossocial e monitoramento das medidas terapêuticas aplicáveis às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei.

Os serviços de saúde nas unidades prisionais serão estruturados como pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde e cadastrados no Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

Os trabalhadores em serviços penais, os familiares e demais pessoas que se relacionam com as pessoas privadas de liberdade serão envolvidos em ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos no âmbito da PNAISP.

A adesão à PNAISP ocorrerá por meio da pactuação do Estado e do Distrito Federal com a União, conforme alguns critérios e a adesão municipal será facultativa e depende da adesão estadual e da existência de população privada de liberdade em seu território.

As adesões, uma vez aprovadas pelo Ministério da Saúde, serão publicadas no Diário Oficial da União e será garantida a aplicação de um índice para complementação dos valores a serem repassados pela União, a título de incentivo financeiro.

O documento da PNAISP define competências aos gestores envolvidos nessa prestação de serviços de saúde à população do sistema prisional, quer da estrutura do SUS, quer da estrutura da justiça, bem como um Grupo Condutor da PNAISP no âmbito de cada Estado e do Distrito Federal e, os entes federativos terão prazo até 31 de dezembro de 2016 para efetuar as medidas necessárias de adequação de suas ações e seus serviços para que seja implementada a PNAISP.

A Coordenação de Saúde Prisional do Ministério da Saúde disponibilizou no portal da saúde documento com orientações para adesão à PNAISP, bem como o modelo do Termo de Adesão do estado; o modelo do Grupo Conductor e o modelo de orientação para o preenchimento do Plano de Ação da PNAISP.

Após a publicação da PNAISP, foram aprovadas outras normas para sua implantação: a Portaria GM/MS n. 94 de 14/2014 que institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, no âmbito do SUS, vinculado à PNAISP como parte da estratégia para redirecionamento dos modelos de atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei; e a Portaria GM n. 95/14 que estabeleceu o incentivo financeiro fixo, no valor unitário de R\$ 66.000,00 (sessenta e seis mil reais) mensais, para custeio, após efetivo cadastramento do serviço junto ao MS e do início de seu funcionamento. O número de serviços elegíveis ao recebimento desse incentivo financeiro por unidade federativa estará condicionado à demanda local e aos limites orçamentários estabelecidos pelo MS para o exercício financeiro vigente à época da solicitação. Além disso, a Portaria SAS n. 142/2014 estabeleceu normas para o cadastramento no SCNES das equipes que realizarão serviços de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei e a Portaria SAS n. 305/2014 estabeleceu normas para o cadastramento no SCNES das equipes e serviços que farão parte da Atenção Básica de Saúde Prisional e inclui na tabela de Tipos de Equipes do SCNES, os tipos de Equipe de Saúde no Sistema Prisional (ESP).

Assistência às pessoas com lesão labiopalatal e/ou anomalias crânio e buco maxilo facial

Tendo em vista a grande problemática relacionada às lesões labiopalatais, da incidência e do impacto social, o Ministério da Saúde regulamentou essa área, por meio da Portaria SAS/MS n. 62/1994, com a finalidade de credenciar hospitais que possuam condições físicas, estruturais, de equipamentos e de recursos humanos para prestar o atendimento adequado e com qualidade aos pacientes com essas deformidades, além de procedimentos odontológicos ambulatoriais, e terapias fonoaudiológicas, psicológicas e fisioterápicas. Em 2008 o pagamento dos procedimentos relacionados às lesões lábio-palatais foram transferidos do FAEC para o Teto MAC (Portaria GM/MS n. 2.867/2008) e existem atualmente 28 Hospitais cadastrados no SUS para realização de

procedimentos integrados para reabilitação estético-funcional dos portadores de má-formação labiopalatal. Em 2014, essa especialidade foi incluída na Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade.

O Processo transexualizador no SUS

Instituído em 2008 por meio das Portarias GM/MS n. 1.707/2008 e SAS/MS n. 457/2008, com a habilitação de quatro estabelecimentos de saúde em todo o Brasil, em hospitais universitários, voltados à realização de procedimentos hospitalares. As restrições de acesso geraram uma grande demanda dos Movimentos Sociais pela revisão das normas vigentes e ampliação do atendimento, a fim de garantir a integralidade do cuidado em todos os níveis de atenção, incluindo o acolhimento e acompanhamento ambulatorial e hospitalar e, em 2013 a Portaria n. 2.803/2013, que redefiniu e ampliou o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS), inserindo-o no contexto da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais e estabelecendo como diretrizes a integralidade da atenção a transexuais e travestis, buscando estruturar uma linha de cuidado da atenção básica à especializada; trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar; integração com os demais pontos de atenção da rede de saúde, tendo como porta de entrada a atenção básica, incluindo-se o acolhimento e humanização do atendimento livre de discriminação, por meio da sensibilização dos trabalhadores/as e demais usuários/as da unidade de saúde para o respeito às diferenças, em todos os níveis de atenção.

O componente da Atenção Especializada no Processo Transexualizador inclui as modalidades ambulatorial (acompanhamento clínico, acompanhamento pré e pós-operatório e hormonioterapia) e hospitalar (realização de cirurgias e acompanhamento pré e pós-operatório), buscando ampliar o atendimento, sendo possível habilitar serviços somente em uma modalidade ou em ambas. Além disso, os serviços passaram a ser definidos conforme critérios dos gestores locais, não havendo mais a exigência para habilitação de que sejam implantados somente em hospitais universitários.

O objetivo é atender as pessoas que sofrem com a incompatibilidade de gênero, quando não há reconhecimento do próprio corpo em relação à identidade de gênero (masculino ou feminino).

Atualmente existem cinco serviços habilitados que realizam o Processo Transexualizador no SUS, que têm como responsabilidade oferecer a assistência

diagnóstica e terapêutica especializada aos indivíduos com indicação para a realização do processo transexualizador no âmbito do SUS.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2015. 127 p.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2015. 133 p.

_____. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero / Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. – Rio de Janeiro: INCA, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução n. 6, de 6 de novembro de 2013. Dispõe sobre as regras para implantação de novos aplicativos, sistemas de informação em saúde ou novas versões de sistemas e aplicativos já existentes no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e que envolvam a sua utilização pelo Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais, do Distrito Federal e Municipais de Saúde.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p.: 37 p.: il. Acessível em <http://sonerj.org.br/wp-content/uploads/2014/03/diretriz-cl-nica-drc-versao-final2.pdf>

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade. Diretrizes Gerais para a Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva no Sistema Único De Saúde – SUS/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada

e Temática. Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 20 p. Acessível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/dezembro/23/DIRETRIZES-GERAIS-ATENCAO-ESPECIALIZADA-23122014.pdf>.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas em Oncologia/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. XXX p. : il. Acessível em: (<http://conitec.gov.br/images/Protocolos/livro-pcdt-oncologia-2014.pdf>)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 148 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).