

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO

Publicado em: 31/03/2022 | Edição: 62 | Seção: 1 | Página: 206

Órgão: Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção Especializada à Saúde

PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 1, DE 22 DE FEVEREIRO DE 2022

Consolidação das normas sobre atenção especializada à saúde.

A SECRETÁRIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o art. 22, do Anexo I, do Decreto 9.795, de 17 de maio de 2019, resolve:

Art. 1º A atenção especializada à saúde obedecerá ao disposto nesta Portaria.

TÍTULO I

DAS DIRETRIZES DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE

CAPÍTULO I

DAS DIRETRIZES PARA A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO INTEGRAL E HUMANIZADA AO RECÉM-NASCIDO (RN) NO MOMENTO DO NASCIMENTO EM ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE QUE REALIZAM PARTOS

Art. 2º Ficam instituídas as Diretrizes para a Organização da Atenção Integral e Humanizada ao Recém-nascido (RN) no momento do nascimento em estabelecimentos de saúde que realizam partos. (Origem: PRT SAS/MS 371/2014, art. 1º, caput)

§ 1º O atendimento ao recém-nascido consiste na assistência por profissional capacitado, médico (preferencialmente pediatra ou neonatologista) ou profissional de enfermagem (preferencialmente enfermeiro obstetra ou neonatal), desde o período imediatamente anterior ao parto, até que o RN seja encaminhado ao alojamento conjunto com sua mãe, ou à Unidade Neonatal (Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional ou da Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru), ou ainda, no caso de nascimento em quarto de pré-parto, parto e puerpério (PPP) seja mantido junto à sua mãe, sob supervisão da própria equipe profissional responsável pelo PPP. (Origem: PRT SAS/MS 371/2014, art. 1º, parágrafo único)

§ 2º Para prestar este atendimento o profissional médico ou de enfermagem deverá exercitar as boas práticas de atenção humanizada ao recém-nascido apresentadas neste capítulo e respaldadas pela Organização Mundial de Saúde e Ministério da Saúde e ser capacitado em reanimação neonatal. (Origem: PRT SAS/MS 371/2014, art. 2º, caput)

Art. 3º Considera-se como capacitado em reanimação neonatal o médico ou profissional de enfermagem, que tenha realizado treinamento teórico-prático, conforme orientação ser publicizada, por expediente específico, pela Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM) do Ministério da Saúde. (Origem: PRT SAS/MS 371/2014, art. 3º, caput)

Art. 4º Para o RN a termo com ritmo respiratório normal, tônus normal e sem líquido meconial, recomenda-se: (Origem: PRT SAS/MS 371/2014, art. 4º, caput)

I - assegurar o contato pele a pele imediato e contínuo, colocando o RN sobre o abdômen ou tórax da mãe, de bruços e cobri-lo com uma cobertura seca e aquecida, sem presença de barreiras (panos) entre a mãe-bebê e de acordo com a vontade da mãe. Verificar a temperatura do ambiente que deverá estar em torno de 26°C (vinte e seis graus Celsius) para evitar a perda de calor e favorecer o início da mamada; (Origem: PRT SAS/MS 371/2014, art. 4º, I)

II - proceder ao clampeamento do cordão umbilical, após cessadas suas pulsações (aproximadamente de 1 a 3 minutos), exceto em casos de mães isoimunizadas ou HIV ou HTLV positivas, nesses casos o clampeamento deve ser imediato; (Origem: PRT SAS/MS 371/2014, art. 4º, II)

III - estimular o aleitamento materno na primeira hora de vida, exceto em casos de mães HIV ou HTLV positivas; (Origem: PRT SAS/MS 371/2014, art. 4º, III)

IV - postergar os procedimentos de rotina do recém-nascido nessa primeira hora de vida. (Origem: PRT SAS/MS 371/2014, art. 4º, IV)

Parágrafo Único. Entende-se como procedimentos de rotina: exame físico, pesagem e outras medidas antropométricas, profilaxia da oftalmia neonatal e vacinação, entre outros procedimentos. (Origem: PRT SAS/MS 371/2014, art. 4º, parágrafo único)

Art. 5º Para o RN pré-termo ou qualquer RN com respiração ausente ou irregular, tônus diminuído e/ou com líquido meconial seguir o fluxograma do Programa de Reanimação da Sociedade Brasileira de Pediatria. (Origem: PRT SAS/MS 371/2014, art. 5º, caput)

Art. 6º O estabelecimento de saúde que mantenha profissional de enfermagem habilitado em reanimação neonatal na sala de parto, deverá possuir em sua equipe, durante as 24 (vinte e quatro) horas, ao menos 1 (um) médico que tenha realizado treinamento teórico-prático conforme previsto no art. 3º, caput. (Origem: PRT SAS/MS 371/2014, art. 6º, caput)

Art. 7º O estabelecimento de saúde deverá dispor no ambiente de parto (sala ou quarto de parto) ou em ambiente próximo, das condições necessárias para reanimação neonatal, acessíveis e prontas para uso, constantes no Anexo I. (Origem: PRT SAS/MS 371/2014, art. 7º, caput)

CAPÍTULO II

DAS DIRETRIZES NACIONAIS PARA A ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS ESTOMIZADAS

Art. 8º Ficam estabelecidas as Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Estomizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a serem observadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. (Origem: PRT SAS/MS 400/2009, art. 1º, caput)

Parágrafo Único. Pessoa estomizada é aquela que, em decorrência de um procedimento cirúrgico que consiste na exteriorização do sistema (digestório, respiratório e urinário), possui um estoma que significa uma abertura artificial entre os órgãos internos com o meio externo. (Origem: PRT SAS/MS 400/2009, art. 1º, parágrafo único)

Art. 9º A atenção à saúde das pessoas com estoma será composta por ações desenvolvidas na atenção básica e ações desenvolvidas nos Serviços de Atenção à Saúde das Pessoas Estomizadas. (Origem: PRT SAS/MS 400/2009, art. 2º, caput)

Parágrafo Único. Na Atenção Básica serão realizadas ações de orientação para o autocuidado e prevenção de complicações nas estomias. (Origem: PRT SAS/MS 400/2009, art. 2º, parágrafo único)

Art. 10. O Serviço de Atenção à Saúde das Pessoas Estomizadas será classificado em Atenção às Pessoas Estomizadas I e Atenção às Pessoas Estomizadas II. (Origem: PRT SAS/MS 400/2009, art. 3º, caput)

§ 1º O serviço classificado em Atenção às Pessoas Estomizadas I deverá realizar ações de orientação para o autocuidado, prevenção de complicações nas estomias e fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança. (Origem: PRT SAS/MS 400/2009, art. 3º, § 1º)

§ 2º O serviço classificado em Atenção às Pessoas Estomizadas II deverá realizar ações de orientação para o autocuidado, prevenção e tratamento de complicações nas estomias, fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança e capacitação de profissionais. (Origem: PRT SAS/MS 400/2009, art. 3º, § 2º)

Art. 11. Ficam estabelecidas, na forma do Anexo II, as orientações gerais para o Serviço de Atenção à Saúde das Pessoas Estomizadas. (Origem: PRT SAS/MS 400/2009, art. 4º, caput)

Art. 12. Fica definido que as secretarias de saúde dos estados, Distrito Federal e municípios adotem as providências necessárias à organização da Atenção à Saúde das Pessoas Estomizadas, devendo para tanto: (Origem: PRT SAS/MS 400/2009, art. 5º, caput)

I - orientar quanto ao cadastro de pessoas com estoma; (Origem: PRT SAS/MS 400/2009, art. 5º, I)

II - organizar e promover as ações na atenção básica; (Origem: PRT SAS/MS 400/2009, art. 5º, II)

III - estabelecer fluxos e mecanismos de referência e contrarreferência para a assistência às pessoas com estoma na atenção básica, média complexidade e alta complexidade, inclusive para cirurgia de reversão de estomias nas unidades hospitalares; (Origem: PRT SAS/MS 400/2009, art. 5º, III)

IV - zelar pela adequada utilização das indicações clínicas de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança para pessoas com estoma; (Origem: PRT SAS/MS 400/2009, art. 5º, IV)

V - efetuar o acompanhamento, controle e avaliação que permitam garantir o adequado desenvolvimento das atividades previstas para a assistência às pessoas com estoma; e (Origem: PRT SAS/MS 400/2009, art. 5º, V)

VI - promover a educação permanente de profissionais na atenção primária à saúde e na atenção especializada à saúde ambulatorial e hospitalar, para a adequada atenção às pessoas com estoma. (Origem: PRT SAS/MS 400/2009, art. 5º, VI)

Art. 13. Fica definido que as secretarias de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios identifiquem, dentre os estabelecimentos integrantes de sua rede assistencial, aquelas que estejam de acordo com as Orientações Gerais do Serviço de Atenção à Saúde das Pessoas Estomizadas, estabelecidas no Anexo II, e atualizem o seu cadastro no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). (Origem: PRT SAS/MS 400/2009, art. 6º, caput)

Art. 14. É obrigatória a vistoria, acompanhamento, controle e avaliação dos Serviços de Atenção à Saúde das Pessoas Estomizadas, a ser realizada pelos gestores estaduais e municipais, e do Distrito Federal, garantindo o cumprimento deste capítulo. (Origem: PRT SAS/MS 400/2009, art. 9º, caput)

Art. 15. Ficam alterados, na forma do Anexo III, os atributos dos materiais especiais a serem fornecidos pelos Serviços de Atenção à Saúde das Pessoas Estomizadas, na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde. (Origem: PRT SAS/MS 400/2009, art. 10, caput)

Art. 16. Cabe às secretarias de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, adotar as providências necessárias ao cumprimento das diretrizes estabelecidas neste capítulo, podendo instituir normas de caráter suplementar, a fim de adequá-las às necessidades locais. (Origem: PRT SAS/MS 400/2009, art. 11, caput)

Art. 17. Cabe aos gestores dos estados, do Distrito Federal e dos municípios a atualização dos cadastros dos estabelecimentos existentes no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) que informaram a realização do Serviço/Classificação 123/005 - Serviço de Dispensação de Órteses, Próteses e Materiais Especiais/OPM em Gastroenterologia e/ou 123/006 - Serviço de Dispensação de Órteses, Próteses e Materiais Especiais/OPM em Urologia e que passaram a atender as orientações gerais descritas no Anexo II. (Origem: PRT SAS/MS 400/2009, art. 8º, caput)

Art. 18. Fica definido que cabe à Coordenação-Geral de Gestão de Sistemas de Informações em Saúde, do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas, da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, adotar as providências necessárias junto ao Departamento de Informática do SUS (DATASUS/SE/MS), para o cumprimento do disposto neste capítulo, no que diz respeito à atualização nos sistemas correspondentes. (Origem: PRT SAS/MS 400/2009, art. 12, caput)

CAPÍTULO III

DAS DIRETRIZES PARA INTERVENÇÃO ENDOVASCULAR NA DOENÇA ARTERIAL PERIFÉRICA E NA DOENÇA CÉREBRO-VASCULAR EXTRACRANIANA

Art. 19. Ficam estabelecidas, na forma do Anexo IV, as Diretrizes para intervenção endovascular na doença arterial periférica e na doença cérebro-vascular extracraniana. (Origem: PRT SAS/MS 272/2011, art. 2º, caput)

Parágrafo Único. As diretrizes constantes do Anexo IV poderão ser utilizadas pelo gestor para auxílio na indicação, avaliação e controle dos procedimentos endovasculares. (Origem: PRT SAS/MS 272/2011, art. 2º, parágrafo único)

CAPÍTULO IV

DAS DIRETRIZES DE ATENÇÃO EM HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA

Seção I

Do Manual de Diagnóstico e Tratamento de Inibidor em Pacientes com Hemofilia Congênita

Art. 20. Fica aprovado o Manual de Diagnóstico e Tratamento de Inibidor em Pacientes com Hemofilia Congênita, na forma do Anexo disponível no sítio <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais>. (Origem: PRT SAES/MS 11/2022, art. 1º, caput)

TÍTULO II

DA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE

CAPÍTULO I

DOS CRITÉRIOS E PARÂMETROS PARA A HABILITAÇÃO, O CADASTRAMENTO E A OPERACIONALIZAÇÃO DE SERVIÇOS EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE

Seção I

Da Habilitação em Alta Complexidade Cardiovascular

Art. 21. Ficam atualizados os critérios para habilitação de hospital como centro de referência em alta complexidade cardiovascular no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), na forma dos Anexo V. (Origem: PRT SAS/MS 1846/2018, art. 1º, caput)

Art. 22. Ficam definidas as unidades de assistência em alta complexidade cardiovascular e suas aptidões e qualidades. (Origem: PRT SAS/MS 210/2004, art. 1º, caput)

Parágrafo Único. Entende-se por unidades de assistência em alta complexidade cardiovascular a unidade hospitalar que possua condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada a portadores de doenças do sistema cardiovascular. Estas unidades, compostas pelos serviços de assistência em alta complexidade cardiovascular, discriminados no art. 23, cujas Normas de Classificação e Habilitação (Anexo VI) e procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS habilitados em cada serviço ou especialidade cardiovascular, estabelecidos pela Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES), deverão ter forte articulação e integração com o sistema local e regional. (Origem: PRT SAS/MS 210/2004, art. 1º, § 1º)

Art. 23. As unidades de assistência em alta complexidade cardiovascular poderão prestar atendimento nos serviços abaixo descritos: (Origem: PRT SAS/MS 210/2004, art. 5º, caput)

I - serviço de assistência de alta complexidade em cirurgia cardiovascular; (Origem: PRT SAS/MS 210/2004, art. 5º, I)

II - serviço de assistência de alta complexidade em cirurgia cardiovascular pediátrica; (Origem: PRT SAS/MS 210/2004, art. 5º, II)

III - serviço de assistência de alta complexidade em cirurgia vascular; (Origem: PRT SAS/MS 210/2004, art. 5º, III)

IV - serviço de assistência de alta complexidade em procedimentos da cardiologia intervencionista; (Origem: PRT SAS/MS 210/2004, art. 5º, IV)

V - serviço de assistência de alta complexidade em procedimentos endovasculares extracardiácos; (Origem: PRT SAS/MS 210/2004, art. 5º, V)

VI - serviço de assistência de alta complexidade em laboratório de eletrofisiologia. (Origem: PRT SAS/MS 210/2004, art. 5º, VI)

Parágrafo Único. Para fins de habilitação, as unidades de assistência de alta complexidade cardiovascular deverão oferecer, obrigatoriamente: (Origem: PRT SAS/MS 210/2004, art. 5º, parágrafo único)

I - ambulatório geral de cardiologia para pacientes externos; (Origem: PRT SAS/MS 210/2004, art. 5º, parágrafo único, I)

II - no mínimo, um dos seguintes conjuntos de serviços: (Origem: PRT SAS/MS 210/2004, art. 5º, parágrafo único, II)

a) cirurgia cardiovascular e procedimentos em cardiologia intervencionista; (Origem: PRT SAS/MS 210/2004, art. 5º, parágrafo único, II, a)

b) cirurgia cardiovascular pediátrica; (Origem: PRT SAS/MS 210/2004, art. 5º, parágrafo único, II, b)

c) cirurgia vascular; (Origem: PRT SAS/MS 210/2004, art. 5º, parágrafo único, II, c)

d) cirurgia vascular e procedimentos endovasculares extracardiácos; (Origem: PRT SAS/MS 210/2004, art. 5º, parágrafo único, II, d)

e) laboratório de eletrofisiologia, cirurgia cardiovascular e procedimentos de cardiologia intervencionista; (Origem: PRT SAS/MS 210/2004, art. 5º, parágrafo único, II, e)

III - execução de todos os procedimentos listados, de média e alta complexidade, para cada grupo de serviços a que venha atender, bem como a pacientes externos; (Origem: PRT SAS/MS 210/2004, art. 5º, parágrafo único, III)

IV - acompanhamento ambulatorial pré-operatório e pós-operatório continuado e específico; (Origem: PRT SAS/MS 210/2004, art. 5º, parágrafo único, IV)

V - atendimento de urgência/emergência referida em cardiologia, nos serviços a que venha a executar. (Origem: PRT SAS/MS 210/2004, art. 5º, parágrafo único, V)

Art. 24. Na ausência de oferta de prestação de procedimentos de alta complexidade cardiovascular, correspondentes àqueles que integrem o rol de procedimentos da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC), o respectivo gestor do SUS deverá utilizar os seus processos operativos interestaduais de regulação com as respectivas Centrais Estaduais de Regulação de Alta Complexidade (CERAC) solicitantes e executantes. (redação dada pela PRT SAS/MS 394/2010) (Origem: PRT SAS/MS 210/2004, art. 7º, caput)

Parágrafo Único. O gestor também poderá garantir o acesso de qualquer procedimento de alta complexidade cardiovascular por meio do tratamento fora de domicílio (TFD). (Origem: PRT SAS/MS 210/2004, art. 7º, parágrafo único)

Art. 25. As unidades habilitadas para executar serviços de assistência em alta complexidade cardiovascular deverão submeter-se à regulação, fiscalização, controle e avaliação do gestor estadual e municipal, conforme as atribuições estabelecidas nas respectivas condições de gestão. (Origem: PRT SAS/MS 210/2004, art. 10, caput)

Art. 26. Fica aprovado, na forma dos anexos desta seção, o que segue: (Origem: PRT SAS/MS 210/2004, art. 11, caput)

I - Anexo VI: Normas de Classificação e Habilitação de Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular; (Origem: PRT SAS/MS 210/2004, art. 11, I)

II - Anexo VII: Formulário de Vistoria do Gestor; (Origem: PRT SAS/MS 210/2004, art. 11, II)

III - Anexo VIII: Formulário de Vistoria do Ministério da Saúde. (Origem: PRT SAS/MS 210/2004, art. 11, III)

Parágrafo Único. A Tabela de Compatibilidade entre procedimento realizado e OPM e a Organização dos Procedimentos da Assistência Cardiovascular estarão disponíveis no SIGTAP (Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS) no endereço eletrônico <http://sigtap.datasus.gov.br/>, para fins de consulta. (Origem: PRT SAS/MS 210/2004, art. 11, parágrafo único)

Art. 27. As atualizações referentes aos Anexos VI a VIII e aos procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS habilitados em cada serviço ou especialidade cardiovascular serão disponibilizadas no SIGTAP (Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS) no endereço eletrônico <http://sigtap.datasus.gov.br/>, para fins de consulta. (incluído pela PRT SAS/MS 123/2005) (Origem: PRT SAS/MS 210/2004, art. 12-A, caput)

Seção II

Da Habilitação de Alta Complexidade em Neurocirurgia

Art. 28. As redes estaduais e/ou regionais de assistência ao paciente neurológico na alta complexidade serão compostas por unidades de assistência de alta complexidade em neurocirurgia e centros de referência de alta complexidade em neurologia. (Origem: PRT SAS/MS 756/2005, art. 1º, caput)

Art. 29. Fica determinado que as unidades de assistência de alta complexidade em neurocirurgia e centros de referência de alta complexidade em neurologia ofereçam condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada a portadores de doenças neurológicas que necessitem de tratamento neurointervencionista e/ou neurocirúrgico e desenvolvam forte articulação e integração com o nível local e regional de atenção à saúde, incluindo, na sua solicitação de credenciamento/habilitação, os critérios da Política Nacional de Humanização. (Origem: PRT SAS/MS 756/2005, art. 2º, caput)

Art. 30. Ficam definidas as unidades de assistência de alta complexidade em neurocirurgia e os centros de referência de alta complexidade em neurologia e suas aptidões e qualidades: (Origem: PRT SAS/MS 756/2005, art. 3º, caput)

I - entende-se por unidades de assistência de alta complexidade em neurocirurgia a unidade hospitalar que possua condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada a portadores de doenças neurológicas que necessitam ser submetidos a procedimentos neurointervencionistas e/ou neurocirúrgicos em alta complexidade. Estas unidades, compostas pelos serviços de assistência de alta complexidade neurocirúrgica, discriminados nos art. 31 e art. 32, cujas normas de classificação e credenciamento e habilitação estão estabelecidas no Anexo IX; (Origem: PRT SAS/MS 756/2005, art. 3º, I)

II - entende-se por centro de referência de alta complexidade em neurologia uma unidade de assistência de alta complexidade em neurocirurgia que exerça o papel auxiliar, de caráter técnico, ao respectivo gestor do SUS na Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica e que possua os seguintes atributos: (Origem: PRT SAS/MS 756/2005, art. 3º, II)

a) ser hospital de ensino, certificado pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação, de acordo com a Portaria Interministerial MEC/MS nº 285, de 24 de março de 2015; (Origem: PRT SAS/MS 756/2005, art. 3º, II, a)

b) definir base territorial de atuação, com um máximo de um centro de referência para cada 5 (cinco) milhões de habitantes; (Origem: PRT SAS/MS 756/2005, art. 3º, II, b)

c) participar de forma articulada e integrada com o sistema local e regional; (Origem: PRT SAS/MS 756/2005, art. 3º, II, c)

d) ter estrutura de pesquisa e ensino organizada, com programas e protocolos estabelecidos; (Origem: PRT SAS/MS 756/2005, art. 3º, II, d)

e) possuir adequada estrutura gerencial, capaz de zelar pela eficiência, eficácia e efetividade das ações prestadas; (Origem: PRT SAS/MS 756/2005, art. 3º, II, e)

f) subsidiar as ações dos gestores na regulação, fiscalização, controle e avaliação, incluindo estudos de qualidade e estudos de custo-efetividade; (Origem: PRT SAS/MS 756/2005, art. 3º, II, f)

g) participar como polo de desenvolvimento profissional em parceria com o gestor, tendo como base a Política de Educação Permanente para o SUS, do Ministério da Saúde. (Origem: PRT SAS/MS 756/2005, art. 3º, II, g)

Art. 31. As unidades de assistência de alta complexidade em neurocirurgia poderão prestar atendimento nos serviços abaixo descritos. (Origem: PRT SAS/MS 756/2005, art. 4º, caput)

I - serviço de assistência de alta complexidade em neurocirurgia do trauma e anomalias do desenvolvimento; (Origem: PRT SAS/MS 756/2005, art. 4º, I)

II - serviço de assistência de alta complexidade em neurocirurgia da coluna e dos nervos periféricos; (Origem: PRT SAS/MS 756/2005, art. 4º, II)

III - serviço de assistência de alta complexidade em neurocirurgia dos tumores do sistema nervoso; (Origem: PRT SAS/MS 756/2005, art. 4º, III)

IV - serviço de assistência de alta complexidade em neurocirurgia vascular; (Origem: PRT SAS/MS 756/2005, art. 4º, IV)

V - serviço de assistência em alta complexidade em tratamento neurocirúrgico da dor e funcional. (Origem: PRT SAS/MS 756/2005, art. 4º, V)

§ 1º Para fins de credenciamento e habilitação, as unidades de assistência de alta complexidade em neurocirurgia deverão oferecer, no mínimo, os serviços de alta complexidade descritos nos incisos I, II e III do caput. (Origem: PRT SAS/MS 756/2005, art. 4º, § 1º)

§ 2º Um hospital sem serviço de radioterapia na sua estrutura, para ser habilitado como unidade de assistência de alta complexidade em neurocirurgia, deverá obrigatoriamente estabelecer, em conjunto com o respectivo gestor do SUS, referências formais para o encaminhamento dos doentes para a assistência em radioterapia. (Origem: PRT SAS/MS 756/2005, art. 4º, § 2º)

Art. 32. Os centros de referência de alta complexidade em neurologia deverão estar credenciados e habilitados em todos os serviços de que trata o art. 31, podendo ainda credenciar-se e habilitar-se em um ou mais dos serviços relacionados a seguir: (Origem: PRT SAS/MS 756/2005, art. 5º, caput)

I - serviço de assistência de alta complexidade em investigação e cirurgia da epilepsia; (Origem: PRT SAS/MS 756/2005, art. 5º, I)

II - serviço de assistência de alta complexidade em tratamento endovascular; (Origem: PRT SAS/MS 756/2005, art. 5º, II)

III - serviço de assistência de alta complexidade em neurocirurgia funcional estereotáxica. (Origem: PRT SAS/MS 756/2005, art. 5º, III)

Art. 33. As secretarias de saúde deverão encaminhar à Coordenação-Geral de Atenção Especializada, do Departamento de Atenção Especializada e Temática, da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (CGAE/DAET/SAES/MS), por meio do Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS), a solicitação de habilitação das unidades e centros de referência, aprovada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), ficando a cargo da CGAE/DAET/SAES/MS a respectiva habilitação e autorização. (Origem: PRT SAS/MS 756/2005, art. 6º, caput)

Parágrafo Único. Preferencialmente, deverão ser autorizados como centros de referência os hospitais públicos, privados filantrópicos e privados lucrativos, nesta ordem. (Origem: PRT SAS/MS 756/2005, art. 6º, § 2º)

Art. 34. A supervisão dos centros de referência de alta complexidade em neurologia será exercida pelo Departamento de Atenção Especializada e Temática, da Secretaria de Atenção à Especializada Saúde/MS, por intermédio da Coordenação-Geral de Atenção Especializada. (Origem: PRT SAS/MS 756/2005, art. 7º, caput)

Parágrafo Único. As sociedades científicas das especialidades envolvidas e reconhecidas pela Associação Médica Brasileira (AMB) são os órgãos civis de apoio técnico-científico na execução das ações objeto desta seção. (Origem: PRT SAS/MS 756/2005, art. 7º, parágrafo único)

Art. 35. As unidades de assistência de alta complexidade em neurocirurgia e centros de referência de alta complexidade em neurologia que não mantiverem o cumprimento do disposto nesta seção serão desabilitados pela Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES). (Origem: PRT SAS/MS 756/2005, art. 8º, caput)

Art. 36. Na ausência de oferta de prestação de procedimentos de alta complexidade em neurocirurgia, correspondentes àqueles que integrem o rol de procedimentos da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC), o respectivo gestor do SUS deverá utilizar os seus processos operativos interestaduais de regulação com as respectivas Centrais Estaduais de Regulação de Alta Complexidade (Cerac) solicitantes e executantes. (Origem: PRT SAS/MS 756/2005, art. 9º, caput)

Art. 37. Fica determinado que, na definição dos quantitativos e na distribuição geográfica das unidades de assistência de alta complexidade em neurocirurgia e dos centros de referência de alta complexidade em neurologia, os gestores do Sistema Único de Saúde utilizem os critérios abaixo: (Origem: PRT SAS/MS 756/2005, art. 10, caput)

I - população a ser atendida; (Origem: PRT SAS/MS 756/2005, art. 10, I)

II - necessidade de cobertura assistencial; (Origem: PRT SAS/MS 756/2005, art. 10, II)

III - mecanismos de acesso com os fluxos de referência e contrarreferência; (Origem: PRT SAS/MS 756/2005, art. 10, III)

IV - capacidade técnica e operacional dos serviços; (Origem: PRT SAS/MS 756/2005, art. 10, IV)

V - série histórica de atendimentos realizados, levando em conta a demanda reprimida; (Origem: PRT SAS/MS 756/2005, art. 10, V)

VI - integração com a rede de referência hospitalar em atendimento de urgência e emergência, com os serviços de atendimento pré-hospitalar, com a central de regulação (quando houver) e com os demais serviços assistenciais, ambulatoriais e hospitalares, disponíveis no estado. (Origem: PRT SAS/MS 756/2005, art. 10, VI)

Art. 38. Fica determinado que as secretarias estaduais e municipais de saúde estabeleçam os fluxos assistenciais, os mecanismos de referência e contrarreferência dos pacientes e, ainda, adotem as providências necessárias para que haja a articulação assistencial preconizada no art. 37, VI. (Origem: PRT SAS/MS 756/2005, art. 11, caput)

Art. 39. As unidades e os centros habilitados para executar serviços de assistência de alta complexidade em neurocirurgia deverão submeter-se à regulação, controle e avaliação dos gestores estaduais e municipais de saúde. (Origem: PRT SAS/MS 756/2005, art. 12, caput)

Parágrafo Único. Os procedimentos eletivos de alta complexidade e alto custo, discriminados nesta seção, deverão ser submetidos à autorização prévia do respectivo gestor do SUS. (Origem: PRT SAS/MS 756/2005, art. 12, parágrafo único)

Art. 40. Fica aprovado, na forma de anexos desta seção, o que segue: (Origem: PRT SAS/MS 756/2005, art. 15, caput)

I - Anexo IX: Normas de Classificação e Credenciamento/ Habilitação de Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia e Centros de Referência de Alta Complexidade em Neurologia; (Origem: PRT SAS/MS 756/2005, art. 15, I)

II - Anexos X e XI: Formulários de Vistoria do Gestor e do Ministério da Saúde; (Origem: PRT SAS/MS 756/2005, art. 15, III)

III - Anexos XII a XIV: Diretrizes Procedimentos de Alta Complexidade e Alto Custo. (Origem: PRT SAS/MS 756/2005, art. 15, IV)

Art. 41. Ficam estabelecidos os seguintes formulários de registros, instrumentos de gestão de preenchimento obrigatório: (Origem: PRT SAS/MS 756/2005, art. 16, caput)

I - Registro Brasileiro de Investigação e Cirurgia da Epilepsia; (Origem: PRT SAS/MS 756/2005, art. 16, I)

II - Registro Brasileiro de Tratamento Endovascular; (Origem: PRT SAS/MS 756/2005, art. 16, II)

III - Registro Brasileiro de Neurocirurgia Funcional e Estereotáxia. (Origem: PRT SAS/MS 756/2005, art. 16, III)

Art. 42. Os recursos orçamentários de que trata esta seção correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os Programas de Trabalho: 10.302.5018.8585. (Origem: PRT SAS/MS 756/2005, art. 19, caput)

Seção III

Da Habilitação de Estabelecimentos de Saúde na Alta Complexidade em Oncologia

Art. 43. Ficam redefinidos os critérios e parâmetros referenciais para a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia no SUS. (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 1º, caput)

Parágrafo Único. Os critérios e parâmetros de que trata esta seção são referenciais, devendo ser observadas as necessidades regionais e o planejamento regional integrado (PRI), de forma a viabilizar a organização e o desenvolvimento da Rede de Atenção à Saúde. (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 1º,

parágrafo único)

Art. 44. Ficam mantidos, na Tabela de Habilitações do Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), os seguintes códigos: (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 3º, caput)

I - 17.04 Serviço Isolado de Radioterapia; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 3º, I)

II - 17.06 Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon); (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 3º, II)

III - 17.07 Unacon com Serviço de Radioterapia; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 3º, III)

IV - 17.08 Unacon com Serviço de Hematologia; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 3º, IV)

V - 17.09 Unacon com Serviço de Oncologia Pediátrica; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 3º, V)

VI - 17.10 Unacon Exclusiva de Hematologia; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 3º, VI)

VII - 17.11 Unacon Exclusiva de Oncologia Pediátrica; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 3º, VII)

VIII - 17.12 Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon); (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 3º, VIII)

IX - 17.13 Cacon com Serviço de Oncologia Pediátrica; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 3º, IX)

X - 17.14 Hospital Geral com Cirurgia Oncológica; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 3º, X)

XI - 17.15 Serviço de Radioterapia de Complexo Hospitalar; e (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 3º, XI)

XII - 17.16 Serviço de Oncologia Clínica de Complexo Hospitalar. (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 3º, XII)

§ 1º Um hospital habilitado como 17.14 Hospital Geral com Cirurgia Oncológica poderá formar complexo hospitalar com outro hospital, habilitado como Unacon ou Cacon. (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 3º, § 1º)

§ 2º Mantêm-se os códigos 17.04 Serviço Isolado de Radioterapia e 17.16 Serviço de Oncologia Clínica de Complexo Hospitalar apenas para as habilitações já existentes, não sendo permitida a autorização nem a habilitação de novos serviços isolados de radioterapia (código 17.04) nem de novos serviços de oncologia clínica de complexo hospitalar (código 17.16). (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 3º, § 2º)

§ 3º Os serviços isolados de radioterapia atualmente existentes poderão ser mantidos até a sua regularização, mediante a formação de complexo hospitalar ou a sua exclusão do SUS. (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 3º, § 3º)

Art. 45. Os hospitais habilitados na alta complexidade em oncologia poderão estender o seu serviço de oncologia clínica para outro município, desde que respeitados os limites estaduais e observados os seguintes princípios: (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 4º, caput)

I - a necessidade de descentralização de atendimento em oncologia clínica e sua localização deverão estar em concordância com o Planejamento Regional Integrado (PRI) e o Plano de Atenção para o Diagnóstico e Tratamento do Câncer pactuados nas instâncias colegiadas - Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestores Regionais (CIR); (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 4º, I)

II - a organização e o funcionamento são de responsabilidade administrativa e técnica do respectivo hospital habilitado na alta complexidade em oncologia e, portanto, não se configura em nova habilitação; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 4º, II)

III - a extensão do serviço de oncologia clínica não é porta de entrada de novos pacientes e deverá ser responsável pelo atendimento descentralizado de pacientes cadastrados no respectivo hospital habilitado na alta complexidade em oncologia, observando os protocolos clínicos e diretrizes diagnósticas e terapêuticas adotadas por esse hospital; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 4º, III)

IV - a legislação sanitária vigente deverá ser observada e seguir todos os requisitos para sua estruturação e funcionamento, inclusive quanto à central de quimioterapia, que atenda aos requisitos da RDC Anvisa nº 220, de 21 de setembro de 2004, ou outra que venha alterá-la ou substituí-la; e (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 4º, IV)

V - deverá ser assegurada assistência, ambulatorial e hospitalar, para atendimento às intercorrências clínicas e às emergências oncológicas. (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 4º, V)

Art. 46. Os serviços especializados prestados pela extensão do serviço de oncologia clínica serão registrados e faturados pelo respectivo hospital habilitado na alta complexidade em oncologia. (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 5º, caput)

Art. 47. A solicitação para alteração de habilitação, desabilitação e habilitação de novos estabelecimentos de saúde devem seguir todos os requisitos estabelecidos nesta seção. (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 6º, parágrafo único)

Subseção I

Do Planejamento para o Diagnóstico e o Tratamento do Câncer na Rede de Atenção à Saúde

Art. 48. Os gestores públicos da saúde devem verificar e, se for o caso, redefinir, em instância colegiada - CIB e CIR, o Plano de Atenção para Diagnóstico e Tratamento do Câncer, estabelecendo, minimamente, para cada estabelecimento de saúde habilitado ou a habilitar na alta complexidade em oncologia: (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 7º, caput)

I - o território de cobertura assistencial e a população correspondente; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 7º, I)

II - os serviços e ações de saúde gerais e especializados, diagnósticos e terapêuticos, que cada hospital deve prestar ao SUS; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 7º, II)

III - o acesso regional (macrorregião de saúde) sob regulação a serviços oncológicos, conforme os fluxos de "referência e contrarreferência" estabelecidos; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 7º, III)

IV - a produção mínima estabelecida na seção e exigida para procedimentos oncológicos - cirúrgicos, radioterápicos e quimioterápicos -, consoante a habilitação do hospital na alta complexidade em oncologia; e (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 7º, IV)

V - a forma como se dará o acesso ao atendimento especializado em cirurgia, radioterapia, oncologia clínica, hematologia e oncologia pediátrica, conforme a habilitação na alta complexidade em oncologia do hospital. (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 7º, V)

§ 1º A indicação e a realização de transplantes se darão em conformidade com as normas vigentes do Sistema Nacional de Transplantes. (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 7º, § 1º)

§ 2º Os serviços e ações previstos no Plano de Atenção para o Diagnóstico e o Tratamento do Câncer devem estar contemplados no planejamento pactuado integrado e aprovados nas instâncias colegiadas de gestão do SUS, de forma a assegurar a resolubilidade do atendimento em oncologia. (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 7º, § 2º)

§ 3º O Plano de Atenção para Diagnóstico e Tratamento do Câncer deve ser disponibilizado na página eletrônica da secretaria estadual e distrital de saúde e atualizado a cada revisão do Plano Estadual de Saúde, ou após modificação significativa, para conhecimento, manifestação e apoio cabíveis às ações a serem desenvolvidas nas regiões de saúde. O instrutivo básico está descrito no Anexo "Plano de Atenção para o Diagnóstico e o Tratamento do Câncer", disponível no sítio mencionado no art. 67, caput. (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 7º, § 3º)

§ 4º A Secretaria de Atenção Especializada à Saúde deve manter em sua página eletrônica a relação atualizada de todos os estabelecimentos de saúde habilitados na alta complexidade em oncologia no SUS, distribuídos pelas respectivas unidades federativas e tipos de habilitação. (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 7º, § 4º)

Subseção II

Dos Parâmetros Referenciais para o Planejamento Regional

Art. 49. No âmbito do SUS, a oferta regional (macrorregião de saúde) para o diagnóstico e o tratamento do câncer pressupõe a existência de serviços diagnósticos ambulatoriais e hospitalares e de hospitais habilitados na alta complexidade em oncologia, integrados à rede local e macrorregional de atenção à saúde. (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 8º, caput)

§ 1º A habilitação na alta complexidade em oncologia de um hospital geral, de especialidades ou de clínicas não o torna um hospital especializado em oncologia nem o exime da prestação ao SUS dos diversos serviços diagnósticos (consultas especializadas e exames) e terapêuticos (clínicos e cirúrgicos) não oncológicos. (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 8º, § 1º)

§ 2º O hospital habilitado na alta complexidade em oncologia deverá ofertar, portanto, exames para o diagnóstico diferencial e definitivo, estadiamento e acompanhamento dos pacientes neles respectivamente cadastrados. (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 8º, § 2º)

§ 3º Além da oferta dos exames que trata o §2º, deverá ofertar, por demanda e sob regulação do respectivo gestor, no mínimo os exames a seguir relacionados: (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 8º, § 3º)

I - 3.000 (três mil) consultas especializadas/ano; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 8º, § 3º, I)

II - 1.200 (mil e duzentos) exames de ultrassonografia/ano; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 8º, § 3º, II)

III - 600 (seiscentas) endoscopias digestivas, colonoscopias e retossigmoidoscopias/ano; e (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 8º, § 3º, III)

IV - 1.200 (mil e duzentos) exames de anatomia patológica/ano. (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 8º, § 3º, IV)

§ 4º O número de hospitais habilitados na alta complexidade em oncologia deve ser calculado para, no mínimo, cada 1.000 (mil) casos novos anuais de câncer estimados, excetuando-se o câncer não melanótico de pele, para efeito de necessidade de estruturas e serviços de cirurgia, radioterapia com seu número de equipamentos de megavoltagem, oncologia clínica, hematologia e oncologia pediátrica. (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 8º, § 4º)

§ 5º Para evitar a superoferta de serviços hospitalares, dá-se a exclusão dos casos de câncer não melanótico de pele para a estimativa da necessidade dos estabelecimentos de saúde habilitados para a assistência na alta complexidade em oncologia, cuja taxa de incidência é alta e cujos diagnóstico e tratamento são essencialmente ambulatoriais. (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 8º, § 5º)

§ 6º Para efeito de planejamento de necessidade de hospitais habilitados na alta complexidade em oncologia, o número de hospitais exclusivos de hematologia e de oncologia pediátrica não impactam no número necessário de hospitais habilitados. (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 8º, § 6º)

§ 7º O número de casos novos anuais de câncer por estado, calculado a partir das taxas brutas de incidência de câncer específicas por 100.000 (cem mil) homens e por 100.000 (cem mil) mulheres, estimadas a cada 3 (três) anos pelo Instituto Nacional de Câncer (Inca), do Ministério da Saúde, é disponibilizado em www.inca.gov.br, devendo-se considerar a estimativa anual mais recente de incidência de câncer publicada, não se olvidando de excluir o câncer não melanótico de pele para cálculo da necessidade de hospitais habilitados na alta complexidade em oncologia. (redação dada pela PRT SAES/MS 163/2020) (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 8º, § 7º)

§ 8º Nos estados em que número estimado de casos novos anuais de câncer, excetuando-se os de câncer não melanótico de pele, for inferior a 1.000 (mil), deve ser avaliada a possibilidade de habilitação de um hospital na alta complexidade em oncologia, levando-se em conta características técnicas, de acesso e de possibilidade de cobertura macrorregional. (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 8º, § 8º)

§ 9º Os estados que tiverem hospital com atendimento correspondente a mais de 1.000 (mil) casos novos anuais, excetuando-se os de câncer não melanótico de pele, deve ser computado como múltiplo em tantas vezes o seja do estimado por 1.000 (mil), reduzindo-se correspondentemente o número máximo de hospitais necessários e dos respectivos serviços oncológicos especializados. (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 8º, § 9º)

§ 10. Nos estados em que a cobertura da Saúde Suplementar superar os 20% (vinte por cento), considerar como necessário para o SUS 80% (oitenta por cento) do número de hospitais necessários para o número estimado de casos novos anuais de câncer, excetuando-se os de câncer não melanótico de pele. (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 8º, § 10)

§ 11. Novas solicitações de habilitação em oncologia devem priorizar a oferta em regiões caracterizadas como vazios assistenciais e considerar o estabelecido nos parágrafos do art. 48. (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 8º, § 11)

Art. 50. Os hospitais habilitados na alta complexidade em oncologia há pelo menos um ano devem realizar, no mínimo, anualmente, conforme o tipo de habilitação: (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 9º, caput)

I - em cirurgia, 650 (seiscentos e cinquenta) procedimentos de cirurgias de câncer principais, correspondentes ao atendimento de 600 (seiscentos) casos de câncer; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 9º, I)

II - em oncologia clínica, 5.300 (cinco mil e trezentos) procedimentos de quimioterapia principais, para atendimento de 700 (setecentos) casos de câncer; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 9º, II)

III - em radioterapia, 600 (seiscentos) procedimentos de radioterapia principais, para atendimento de 600 (seiscentos) casos por equipamento de megavoltagem; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 9º, III)

IV - em hematologia, 450 (quatrocentos e cinquenta) procedimentos de quimioterapia curativa, necessários para atendimento de 50 (cinquenta) casos de hemopatias malignas agudas, em qualquer faixa etária; se a habilitação for de exclusiva em hematologia, 900 (novecentos) procedimentos de quimioterapia de hemopatias malignas agudas e crônicas para 100 (cem) casos anuais em qualquer faixa etária, mantendo-se o mínimo de 50 (cinquenta) casos de hemopatias agudas; e (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 9º, IV)

V - em oncologia pediátrica, 270 (duzentos e setenta) procedimentos de quimioterapia, para atendimento de 30 (trinta) casos, incluindo-se os de hemopatias malignas agudas; se a habilitação for de exclusiva em oncologia pediátrica, 720 (setecentos e vinte) procedimentos para 80 (oitenta) casos, incluindo-se os de hemopatias malignas agudas. (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 9º, V)

§ 1º Para a cobertura assistencial e a produção em radioterapia, considerar-se-á a capacidade instalada do serviço: o número de procedimentos elencados no inciso III do caput corresponde ao funcionamento de 1 (um) equipamento de radioterapia externa de megavoltagem (unidade de cobaltoterapia ou acelerador linear). (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 9º, § 1º)

§ 2º O atendimento em hematologia e em oncologia pediátrica deve ser feito, obrigatoriamente, em hospital habilitado na alta complexidade em oncologia de cobertura estadual ou macrorregional e, quando feito em hospital habilitado como unidade de assistência de alta complexidade em oncologia (Unacon) exclusiva nessas especialidades e sem serviço de radioterapia, deve-se dar o encaminhamento regulado para complementariedade do tratamento em estabelecimento habilitado em oncologia com serviço de radioterapia. (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 9º, § 2º)

Art. 51. A partir da publicação da Portaria MS/SAES 1399, de 17 de dezembro de 2019, a habilitação de um hospital como 17.14 Hospital Geral com Cirurgia Oncológica, de forma exclusiva ou, quando em um mesmo município, formando complexo com outro hospital habilitado como Unacon ou Cacon, será admitida apenas quando houver necessidade de assistência cirúrgica especializada em região não atendida pela capacidade ofertada pelos hospitais habilitados como Unacon ou Cacon, observando-se os seguintes critérios: (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 10, caput)

I - atendimento em cirurgia de câncer de, pelo menos, 80 (oitenta) casos anuais e, quando indicado, encaminhamento regulado para complementariedade do tratamento, seja com iodoterapia, seja com radioterapia ou quimioterapia em hospital habilitado como Unacon ou Cacon. (redação dada pela PRT SAES/MS 163/2020) (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 10, I)

II - produção mínima de 80 (oitenta) procedimentos cirúrgicos de câncer principais, especificamente de procedimentos ginecológicos, mastológicos, urológicos e do aparelho digestivo alto e baixo. Quando houver hospital habilitado como 17.14 Hospital Geral com Cirurgia Oncológica cuja produção for inferior à mínima parametrizada, deve ser verificado o total da produção de todos os hospitais habilitados em oncologia no estado, para que se avalie a permanência, ou não, daquele hospital, a critério do respectivo gestor e pactuada na CIB ou CIR, inclusive quanto ao remanejamento de recursos financeiros; e (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 10, II)

III - atendimento dos respectivos critérios para habilitação estabelecidos no Anexo "Serviços Próprios ou Terceirizados para a Habilitação na Alta Complexidade em Oncologia Conforme o Tipo de Habilitação", disponível no sítio mencionado no art. 67, caput. (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 10, III)

§ 1º Na situação estabelecida no caput, os 2 (dois) hospitais devem assinar compromisso, devidamente ratificado pelos respectivos gestores do SUS, de adoção das condutas cirúrgicas do hospital habilitado como Unacon ou Cacon, que se responsabiliza pelo treinamento e educação continuada dos profissionais da saúde, no mínimo médicos e enfermeiros, do outro hospital. (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 10, § 1º)

§ 2º Quando indicado, o encaminhamento para complementariedade do tratamento deve ser regulado pelo respectivo gestor do SUS, conforme as pactuações estaduais ou macrorregionais estabelecidas e preferentemente no hospital com o qual foi firmado o compromisso previsto no § 1º. (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 10, § 2º)

§ 3º A habilitação de um hospital como 17.14 Hospital Geral com Cirurgia Oncológica não o torna um hospital especializado em oncologia nem o exime da prestação ao SUS dos diversos serviços diagnósticos (consultas especializadas e exames) e terapêuticos (clínicos e cirúrgicos) não oncológicos. (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 10, § 3º)

Subseção III

Da Caracterização dos Estabelecimentos de Saúde e Serviços Oncológicos Especializados

Art. 52. As habilitações mantidas por força do art. 44 exigem que, minimamente, os estabelecimentos de saúde disponham de serviços gerais, constantes do Anexo "Serviços Próprios ou Terceirizados para a Habilitação na Alta Complexidade em Oncologia Conforme o Tipo de Habilitação", disponível no sítio mencionado no art. 67, caput, e especializados conforme a seguir, podendo, a depender dos serviços adicionais que comporta, haver mais de um código para o hospital habilitado como Unacon (com serviço de radioterapia, de hematologia ou de oncologia pediátrica), como Cacon (com serviço de oncologia pediátrica) ou como Unacon exclusiva de hematologia (com serviço de radioterapia) ou Unacon exclusiva de oncologia pediátrica (com serviço de radioterapia): (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 11, caput)

I - Unacon: hospital com serviço de cirurgia (cirurgia geral, cirurgia do aparelho digestivo, coloproctologia, ginecologia, mastologia e urologia), oncologia clínica e cuidados paliativos, com central de quimioterapia e com ou sem serviço de radioterapia, serviço de hematologia ou serviço de oncologia pediátrica; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 11, I)

II - Unacon exclusiva de hematologia: hospital com serviços para diagnóstico e tratamento clínico de hemopatias malignas agudas e crônicas de crianças, adolescentes, adultos e idosos, e cuidados paliativos, com central de quimioterapia e com ou sem serviço de radioterapia; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 11, II)

III - Unacon exclusiva de oncologia pediátrica: hospital com serviços para diagnóstico e tratamentos cirúrgico e clínico pediátricos de tumores sólidos e hemopatias malignas agudas e crônicas de crianças e adolescentes, e cuidados paliativos, com central de quimioterapia e com ou sem serviço de radioterapia; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 11, III)

IV - Cacon: hospital com serviço de cirurgia (cirurgia geral, cirurgia do aparelho digestivo, coloproctologia, ginecologia, mastologia, urologia, cirurgia de cabeça e pescoço, cirurgia de pele e cirurgia plástica, cirurgia torácica e cirurgia de ossos e partes moles), oncologia clínica, hematologia, radioterapia (incluindo braquiterapia) e cuidados paliativos, com central de quimioterapia e com ou sem serviço de oncologia pediátrica; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 11, IV)

V - serviço de radioterapia de complexo hospitalar: serviço de radioterapia; e (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 11, V)

VI - hospital geral com cirurgia oncológica: hospital com serviço de cirurgia (cirurgia geral, cirurgia do aparelho digestivo, coloproctologia, ginecologia, mastologia e urologia). (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 11, VI)

§ 1º Um serviço isolado de radioterapia deve cumprir os mesmos critérios para os serviços de radioterapia estabelecidos no Anexo "Serviços Próprios ou Terceirizados para a Habilitação na Alta Complexidade em Oncologia Conforme o Tipo de Habilitação", disponível no sítio mencionado no art. 67, caput. Compete aos gestores do SUS, em suas pactuações em CIB e em CIR, estabelecer quais serviços devem prestar o atendimento em braquiterapia e definir ao menos 1 (um) um serviço referencial para esta modalidade radioterápica, estadual ou de pactuação interfederativa. (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 11, § 1º)

§ 2º Compete aos gestores do SUS, em suas pactuações em CIB e em CIR, estabelecer quais hospitais devem prestar o atendimento em neurocirurgia e oftalmologia, assim como em iodoterapia, definindo ao menos 1 (um) serviço referencial nestas especialidades, estadual ou de pactuação interfederativa. (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 11, § 2º)

§ 3º As especialidades cirúrgicas podem ser expandidas para além do mínimo estabelecido respectivamente para cada tipo de habilitação caracterizada no caput deste artigo. (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 11, § 3º)

§ 4º Pacientes com câncer de cabeça e pescoço devem ser atendidos preferentemente em hospitais habilitados em oncologia como Unacon com serviço de radioterapia ou Cacon (com ou sem serviço de oncologia pediátrica). (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 11, § 4º)

Art. 53. Os estabelecimentos de saúde habilitados na alta complexidade em oncologia podem ofertar serviços especializados indicados para o diagnóstico diferencial e definitivo e ao tratamento do câncer, por meio de: (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 12, caput)

I - serviços próprios, necessariamente disponibilizados na própria instituição, mesmo que em diferentes endereços; e (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 12, I)

II - serviços terceirizados, disponibilizados na própria instituição ou em estabelecimento de saúde da mesma região de saúde devidamente contratados pelo hospital. (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 12, II)

§ 1º A relação dos serviços próprios e dos que podem ser terceirizados, indispensáveis para a habilitação na alta complexidade em oncologia, está descrita no Anexo "Serviços Próprios ou Terceirizados para a Habilitação na Alta Complexidade em Oncologia Conforme o Tipo de Habilitação", disponível no sítio mencionado no art. 67, caput. (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 12, § 1º)

§ 2º O gestor estadual do SUS deve certificar, por ocasião da solicitação de habilitação, a viabilidade da oferta de serviços pelo hospital a ser habilitado na alta complexidade em oncologia e, a qualquer tempo após a habilitação, por solicitação do Ministério da Saúde, a continuidade do atendimento especializado dentro dos parâmetros referenciais mínimos estabelecidos. (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 12, § 2º)

§ 3º O gestor local do SUS deve agir de forma proativa e preventiva na regulação e acompanhamento da oferta de serviços especializados pelo hospital habilitado na alta complexidade em oncologia, visto que, quando o diagnóstico definitivo de câncer e o tratamento são realizados em um mesmo hospital, os resultados terapêuticos são, comprovadamente, mais efetivos. (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 12, § 3º)

Art. 54. Atividades de formação profissional oferecidas de forma regular são necessárias nos hospitais habilitados em oncologia, em suas diversas subcategorias, compreendendo minimamente: (redação dada pela PRT SAES/MS 163/2020) (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 13, caput)

I - cursos de pós-graduação reconhecidos e autorizados pelo Ministério da Educação (MEC), incluindo pelo menos 2 (dois) dos seguintes: (redação dada pela PRT SAES/MS 163/2020) (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 13, I)

a) residência médica em cirurgia oncológica; (redação dada pela PRT SAES/MS 163/2020)
(Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 13, I, a)

b) residência médica em oncologia clínica; (redação dada pela PRT SAES/MS 163/2020)
(Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 13, I, b)

c) residência médica em radioterapia; (redação dada pela PRT SAES/MS 163/2020) (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 13, I, c)

d) residência multiprofissional em oncologia; (redação dada pela PRT SAES/MS 163/2020)
(Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 13, I, d)

e) residência médica em cuidados paliativos; (redação dada pela PRT SAES/MS 163/2020)
(Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 13, I, e)

f) residência multiprofissional em cuidados paliativos; (redação dada pela PRT SAES/MS 163/2020) (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 13, I, f)

g) especialização em medicina paliativa e cuidados paliativos; e (redação dada pela PRT SAES/MS 163/2020) (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 13, I, g)

h) residência ou especialização em física médica; (redação dada pela PRT SAES/MS 163/2020)
(Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 13, I, h)

II - estágio supervisionado para alunos em ao menos um dos seguintes cursos: cursos superiores na área da saúde, bacharelado em física e formação pós-técnica de radiologia em radioterapia. (redação dada pela PRT SAES/MS 163/2020) (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 13, II)

§ 1º Outras atividades de formação e especialização profissionais podem ser igualmente procedidas nos hospitais habilitados na alta complexidade em oncologia, desde que reconhecidos e autorizados pelo MEC, assim como de participação em atividades de pesquisa epidemiológica, clínica ou translacional. (redação dada pela PRT SAES/MS 163/2020) (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 13, § 1º)

§ 2º A oferta regular de atividades de formação profissional é obrigatória para os hospitais habilitados como Cacon. (redação dada pela PRT SAES/MS 163/2020) (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 13, § 2º)

Subseção IV

Dos Serviços da Assistência Especializada em Oncologia

Art. 55. A assistência na alta complexidade em oncologia compreende os seguintes serviços:
(Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 14, caput)

I - cirurgia (cirurgia geral, cirurgia do aparelho digestivo, coloproctologia, ginecologia, mastologia, urologia, cabeça e pescoço, pele e cirurgia plástica, cirurgia torácica, cirurgia de ossos e partes moles, neurocirurgia e oftalmologia); (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 14, I)

II - radioterapia; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 14, II)

III - oncologia clínica; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 14, III)

IV - hematologia; e (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 14, IV)

V - oncologia pediátrica. (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 14, V)

Art. 56. O serviço de cirurgia deve observar os seguintes critérios: (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 15, caput)

I - ter como responsável técnico pela cirurgia oncológica médico com especialidade em cirurgia oncológica, comprovada por registro no Conselho Regional de Medicina (CRM), e integrante do corpo médico do hospital; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 15, I)

II - dispor de pelo menos mais 1 (um) médico com especialidade em cirurgia oncológica, comprovada por registro no Conselho Regional de Medicina (CRM), e integrante do corpo médico do hospital; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 15, II)

III - integrar um hospital com recursos físicos e humanos necessários para realizar procedimentos cirúrgicos preventivos, diagnósticos, de estadiamento, curativos, suportivos, restauradores e paliativos, de acordo com o tipo de habilitação do hospital na alta complexidade em oncologia; e (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 15, III)

IV - ter rotina de funcionamento escrita, atualizada pelo menos a cada 4 (quatro) anos, assinada pelo responsável técnico do serviço, contemplando, no mínimo, os seguintes itens: (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 15, IV)

a) planejamento terapêutico cirúrgico; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 15, IV, a)

b) ficha própria para descrição do ato anestésico; e (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 15, IV, b)

c) ficha própria para descrição de ato operatório. (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 15, IV, c)

§ 1º Em caso de hospital especializado em oncologia, o responsável técnico pelo serviço de cirurgia deve ser médico com especialidade em cirurgia oncológica, comprovada por registro no Conselho Regional de Medicina (CRM), integrante do corpo clínico do estabelecimento, podendo ser responsável somente por um serviço de cirurgia, mesmo que integre equipe de diferentes hospitais. (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 15, § 1º)

§ 2º Em caso de hospital especializado em oncologia, se há cirurgiões oncológicos em número suficiente, esses profissionais possuem competência para operar nas especialidades exigidas por esta seção, porém não dispensando especialistas em cirurgia pediátrica, neurocirurgia e oftalmologia na exigência para as respectivas habilitações (Unacon com serviço de oncologia pediátrica, Unacon exclusiva de oncologia pediátrica e Cacon com serviço de oncologia pediátrica, para a primeira, e Cacon e Cacon com serviço de oncologia pediátrica, para as duas últimas). (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 15, § 2º)

§ 3º No caso de hospitais não especializados em oncologia, não se aplica o entendimento do §2º, qualquer que seja a habilitação, pois são hospitais que atuam não somente na área de cirurgia oncológica, mas nas diversas especialidades cirúrgicas, não se podendo especificamente estabelecer critério restritivo nem reduzir o acesso da população a elas. (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 15, § 3º)

Art. 57. O serviço de radioterapia deve observar os seguintes critérios: (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 16, caput)

I - ter como responsável técnico médico com especialidade em radioterapia, comprovada por registro no Conselho Regional de Medicina (CRM), integrante do corpo clínico do estabelecimento, podendo ser responsável somente por 1 (um) serviço de radioterapia, mesmo que integre equipe de diferentes estabelecimentos; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 16, I)

II - integrar ou formar complexo com hospital que tenha recursos físicos e humanos necessários para o diagnóstico diferencial e definitivo de câncer e seu tratamento cirúrgico e clínico já habilitado na alta complexidade em oncologia ou a habilitar conjuntamente como Unacon com serviço de radioterapia de complexo hospitalar; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 16, II)

III - possuir minimamente estrutura física e recursos humanos para teleterapia, adequada à Norma 6.10 - Resolução nº 176, de 2014, da Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN) e à RDC Anvisa nº 20, de 2 de fevereiro de 2006, ou outras que venham alterá-las ou substituí-las; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 16, III)

IV - ter autorização para funcionamento emitida pela CNEN e alvará sanitário expedido pelo órgão competente estadual, municipal ou do Distrito Federal nos termos da RDC Anvisa nº 20, de 2 de fevereiro de 2006, vigentes; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 16, IV)

V - possuir rotina de funcionamento escrita, atualizada pelo menos a cada 4 (quatro) anos, assinada pelo responsável técnico do serviço contemplando, no mínimo, os seguintes itens: (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 16, V)

a) protocolo para planejamento e irradiação de tumores de doentes em qualquer faixa etária; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 16, V, a)

b) protocolo para evitar erros de planejamento e de dose na radioterapia; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 16, V, b)

c) protocolo para atendimento de intercorrências clínicas e seguimento de pacientes em radioterapia; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 16, V, c)

VI - manter em arquivo próprio, físico ou digital, disponível a qualquer tempo para verificação pelos gestores do SUS, cópia das fichas de planejamento e registros de tratamento referentes a cada paciente irradiado no serviço. (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 16, VI)

Art. 58. O serviço de oncologia clínica deve observar os seguintes critérios: (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 17, caput)

I - ter como responsável técnico médico com especialidade em oncologia clínica, comprovada por registro no Conselho Regional de Medicina (CRM), integrante do corpo clínico do estabelecimento, podendo ser responsável somente por um serviço de oncologia clínica, mesmo que integre equipe de diferentes hospitais; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 17, I)

II - supervisionar a central de quimioterapia do hospital que atenda aos requisitos da RDC Anvisa nº 220, de 21 de setembro de 2004, ou outra que venha alterá-la ou substituí-la, com salas de aplicação de quimioterapia distintas para criança ou adolescente e adultos, quando o hospital atender doentes de todas as faixas etárias; e (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 17, II)

III - possuir rotina de funcionamento escrita, atualizada pelo menos a cada 4 (quatro) anos, assinada pelo responsável técnico do serviço contemplando, no mínimo, os seguintes itens: (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 17, III)

a) protocolo para diagnóstico e estadiamento de tumores malignos; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 17, III, a)

b) protocolo para tratamento oncológico clínico; e (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 17, III, b)

c) protocolo para atendimento de intercorrências clínicas de pacientes oncológicos. (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 17, III, c)

Art. 59. O serviço de hematologia deve observar os seguintes critérios: (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 18, caput)

I - ter como responsável técnico médico com especialidade em hematologia e hemoterapia comprovada por registro no Conselho Regional de Medicina (CRM), integrante do corpo clínico do hospital, podendo ser responsável somente por um serviço de hematologia, mesmo que integre equipe de diferentes hospitais; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 18, I)

II - quando atender crianças e adolescentes, contar na equipe com pediatra ou hematologista pediátrico com especialidade em hematologia e hemoterapia comprovada por registro no Conselho Regional de Medicina (CRM), integrante do corpo clínico do hospital; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 18, II)

III - integrar um hospital com recursos físicos e humanos necessários para realizar o diagnóstico diferencial e definitivo de hemopatias malignas e o tratamento e acompanhamento dos doentes; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 18, III)

IV - possuir sala para microscopia ótica; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 18, IV)

V - supervisionar a central de quimioterapia do hospital que atenda aos requisitos da RDC Anvisa nº 220, de 21 de setembro de 2004, ou outra que venha alterá-la ou substituí-la, com salas de aplicação de quimioterapia distintas para criança ou adolescente e adultos, quando o hospital atender doentes de todas as faixas etárias; e (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 18, V)

VI - possuir rotina de funcionamento escrita, atualizada pelo menos a cada 4 (quatro) anos, assinada pelo responsável técnico do serviço contemplando, no mínimo, os seguintes itens: (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 18, VI)

a) protocolo clínico para diagnóstico e classificação de hemopatias malignas; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 18, VI, a)

b) protocolo para tratamento hematológico; e (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 18, VI, b)

c) protocolo para atendimento de intercorrências clínicas de pacientes com hemopatias malignas. (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 18, VI, c)

Art. 60. O serviço de oncologia pediátrica deve observar os seguintes critérios: (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 19, caput)

I - ter como responsável técnico médico com especialidade em pediatria na área de atuação em oncologia pediátrica comprovada por registro no Conselho Regional de Medicina (CRM), integrante do corpo clínico do hospital, podendo ser responsável somente por um serviço de oncologia pediátrica, mesmo que integre equipe de diferentes hospitais; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 19, I)

II - integrar um hospital com recursos físicos e humanos necessários para realizar o diagnóstico diferencial e definitivo de cânceres na infância e adolescência e o tratamento e acompanhamento dos doentes; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 19, II)

III - supervisionar a central de quimioterapia do hospital que atenda aos requisitos da RDC Anvisa nº 220, de 21 de setembro de 2004, ou outra que venha alterá-la ou substituí-la, com salas de aplicação de quimioterapia própria para criança ou adolescente; e (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 19, III)

IV - possuir rotina de funcionamento escrita, atualizada pelo menos a cada 4 (quatro) anos, assinada pelo responsável técnico do serviço contemplando, no mínimo, os seguintes itens: (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 19, IV)

a) protocolo clínico para diagnóstico e estadiamento de tumores na infância e adolescência; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 19, IV, a)

b) protocolo para tratamento clínico e cirúrgico de tumores na infância e adolescência; e (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 19, IV, b)

c) protocolo para atendimento de intercorrências clínicas de pacientes oncológicos pediátricos. (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 19, IV, c)

Subseção V

Das Competências e Responsabilidades

Art. 61. Compete ao gestor federal do SUS: (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 20, caput)

I - habilitar os estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia, nos termos desta seção, indicados pelos respectivos gestores municipal, estadual e distrital. Para a publicação da portaria de habilitação, solicitar a ratificação do respectivo gestor estadual, quando a aprovação pela CIB datar de mais de 6 (seis) meses; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 20, I)

II - participar do planejamento regional integrado (PRI) na macrorregião de saúde e da organização das linhas de cuidados em oncologia, coordenando o processo quando tratar-se da organização de referências interestaduais; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 20, II)

III - fomentar a formação e o provimento de profissionais para a prevenção e controle do câncer, nas diversas especialidades; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 20, III)

IV - fortalecer o processo de monitoramento e avaliação dos serviços oncológicos na Rede de Atenção à Saúde; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 20, IV)

V - disponibilizar informações técnicas aos municípios, estados e o Distrito Federal para fortalecer o monitoramento e a avaliação dos serviços oncológicos na Rede de Atenção à Saúde, de forma a contribuir com o processo de tomada de decisão dos gestores locais do SUS; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 20, V)

VI - tornar públicos os protocolos, critérios e parâmetros de referência que possam contribuir na organização das linhas de cuidados em oncologia; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 20, VI)

VII - coordenar a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC), articulando as Centrais Estaduais de Regulação de Alta Complexidade (Cerac) e intermediando as avaliações técnicas pelos hospitais consultores da CNRAC; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 20, VII)

VIII - levantar anualmente e encaminhar, para as respectivas secretarias de saúde gestoras e seus conselhos nacionais (Conass e Conasems) e os órgãos nacionais de controle externo, a produção de procedimentos e os indicadores de avaliação dessa produção dos estabelecimentos de saúde habilitados na alta complexidade em oncologia; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 20, VIII)

IX - manter disponível na página eletrônica da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde a relação atualizada de todos os estabelecimentos habilitados em oncologia no SUS, distribuídos pelas respectivas unidades federativas e tipos de habilitação; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 20, IX)

X - analisar e apoiar ações propostas pelos gestores estaduais e do Distrito Federal para ampliação e qualificação do acesso ao atendimento em oncologia, se previstas no Plano de Atenção Estadual/Distrital para Diagnóstico e Tratamento do Câncer; e (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 20, X)

XI - fortalecer o processo de auditoria e solicitar ou participar de auditoria, em caso de suspeita ou denúncia de não cumprimento das normas e resoluções que regulam os serviços oferecidos pelos estabelecimentos de saúde habilitados no âmbito desta seção. (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 20, XI)

Art. 62. Compete aos gestores estadual e distrital do SUS: (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 21, caput)

I - planejar e pactuar em CIB e CIR, em conjunto com os gestores municipais e outros estaduais, a necessidade de cobertura assistencial da atenção especializada em oncologia para o estado/regiões de saúde, de acordo com os parâmetros e orientações estabelecidos nesta seção; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 21, I)

II - coordenar o processo do planejamento regional integrado (PRI) na macrorregião de saúde e da organização das linhas de cuidados em oncologia e garantir o acesso e cuidado mais próximo ao usuário do SUS; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 21, II)

III - fomentar a formação e o provimento de profissionais para a prevenção e controle do câncer, nas diversas especialidades; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 21, III)

IV - fortalecer o processo de monitoramento e avaliação dos serviços oncológicos na Rede de Atenção à Saúde; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 21, IV)

V - disponibilizar informações técnicas aos municípios, estados e o Distrito Federal para fortalecer o monitoramento e a avaliação dos serviços oncológicos na Rede de Atenção à Saúde, de forma a contribuir com o processo de tomada de decisão dos gestores locais do SUS; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 21, V)

VI - tornar públicos os protocolos, critérios e parâmetros de referência que possam contribuir na organização das linhas de cuidados em oncologia; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 21, VI)

VII - estabelecer e disponibilizar nas respectivas páginas eletrônicas o Plano de Atenção Estadual/Distrital para Diagnóstico e Tratamento do Câncer de acordo com as orientações desta seção; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 21, VII)

VIII - identificar e definir, em conjunto com o gestor municipal e, quando necessário, com outros estaduais, qual(ais) o(s) estabelecimento(s) de saúde nas regiões de saúde possui(em) as condições descritas nesta seção, para prestar atendimento na alta complexidade em oncologia; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 21, VIII)

IX - solicitar a habilitação, alteração de habilitação ou desabilitação de hospital na alta complexidade em oncologia; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 21, IX)

X - regular ou apoiar os gestores municipais na regulação do acesso ao diagnóstico do câncer e à assistência de alta complexidade em oncologia; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 21, X)

XI - contribuir com a CNRAC, por meio das respectivas Centrais Estaduais de Regulação de Alta Complexidade (Cerac), para o encaminhamento e atendimento de doentes nos hospitais habilitados na alta complexidade em oncologia em seu estado ou no Distrito Federal; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 21, XI)

XII - monitorar a produção de procedimentos e avaliar anualmente os indicadores de avaliação dessa produção dos estabelecimentos de saúde habilitados na alta complexidade em oncologia sob sua gestão, conforme estabelecido nesta seção; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 21, XII)

XIII - determinar ou participar de auditoria, em caso de suspeita ou denúncia de não cumprimento das normas e resoluções que regulam os serviços oferecidos pelos estabelecimentos de saúde habilitados no âmbito desta seção; e (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 21, XIII)

XIV - adotar as providências necessárias ao cumprimento do disposto nesta seção, podendo estabelecer normas de caráter suplementar, a fim de adequá-las às especificidades locais e regionais. (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 21, XIV)

Art. 63. Compete ao gestor municipal do SUS: (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 22, caput)

I - planejar e pactuar em CIB e CIR, junto com o respectivo gestor estadual e demais gestores municipais, a necessidade de cobertura assistencial da atenção especializada em oncologia para seu município e regiões de saúde, de acordo com os parâmetros e orientações estabelecidos nesta seção; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 22, I)

II - fortalecer o processo de monitoramento e avaliação dos serviços oncológicos na Rede de Atenção à Saúde; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 22, II)

III - identificar e definir, em conjunto com o gestor estadual e demais municípios, qual(ais) o(s) estabelecimento(s) de saúde nas regiões de saúde possui(em) as condições, descritas nesta seção, para prestar atendimento na alta complexidade em oncologia; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 22, III)

IV - regular o acesso ao diagnóstico do câncer e à assistência de alta complexidade em oncologia; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 22, IV)

V - contribuir com a Cerac para o encaminhamento e atendimento de doentes nos hospitais habilitados na alta complexidade em oncologia sob sua gestão; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 22, V)

VI - monitorar a produção de procedimentos e avaliar anualmente os indicadores de avaliação dessa produção dos estabelecimentos de saúde habilitados na alta complexidade em oncologia sob sua gestão, conforme estabelecido nesta seção; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 22, VI)

VII - determinar ou participar de auditoria em caso de suspeita ou denúncia de não cumprimento das normas e resoluções que regulam os serviços oferecidos pelos estabelecimentos de saúde habilitados no âmbito desta seção; e (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 22, VII)

VIII - adotar as providências necessárias ao cumprimento do disposto nesta seção, podendo estabelecer normas de caráter suplementar, a fim de adequá-las às especificidades locais. (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 22, VIII)

Art. 64. Compete ao estabelecimento de saúde habilitado na alta complexidade em oncologia: (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 23, caput)

I - compor a Rede de Atenção à Saúde, sob a regulação dos respectivos gestores municipal e estadual ou distrital, observando os princípios, as diretrizes e as competências descritas na Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, no que se refere aos diagnósticos diferencial e definitivo de câncer, ao tratamento, à reabilitação, ao pronto atendimento dos próprios doentes e aos cuidados paliativos; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 23, I)

II - atender a população definida pelos gestores do SUS como de sua responsabilidade para o diagnóstico, tratamento e os demais cuidados dos pacientes com câncer, sob regulação do respectivo gestor do SUS; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 23, II)

III - garantir os exames indicados para o diagnóstico diferencial e definitivo, estadiamento e acompanhamento dos pacientes cadastrados no estabelecimento e, além, ofertar, por demanda e sob regulação do respectivo gestor, exames e consultas especializadas; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 23, III)

IV - proceder ao diagnóstico definitivo e à avaliação da extensão da neoplasia (estadiamento), iniciar tempestivamente o tratamento e assegurar a continuidade do atendimento, o pronto atendimento dos próprios doentes e os cuidados paliativos em articulação regulada com demais componentes da Rede

de Atenção à Saúde em que se insere; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 23, IV)

V - adotar os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (PCDT) publicados pelo Ministério da Saúde, quando existentes, e estabelecer protocolos e condutas institucionais para diagnóstico, estadiamento, tratamento e seguimento dos pacientes com base nas diretrizes diagnósticas e terapêuticas (DDT) publicadas pelo Ministério da Saúde, quando existentes, conforme o tipo de habilitação e com os serviços acordados com o respectivo gestor do SUS; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 23, V)

VI - sempre que instado, disponibilizar ao respectivo gestor local do SUS os protocolos e condutas institucionais vigentes e adotados pela equipe multiprofissional e na instituição para o diagnóstico, estadiamento, tratamento e seguimento dos pacientes com câncer; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 23, VI)

VII - submeter-se à regulação, ao monitoramento e à avaliação dos respectivos gestores municipal e estadual ou distrital do SUS, conforme as atribuições estabelecidas; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 23, VII)

VIII - apoiar outros estabelecimentos de saúde com que mantém compromisso assistencial e, sempre que solicitado pelo gestor local do SUS, no que se refere à prevenção e ao controle do câncer, participar da educação permanente de profissionais da saúde; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 23, VIII)

IX - utilizar e manter atualizados os sistemas de informação do SUS vigentes destinados à coleta de dados que contribuem na informação sobre o câncer, Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) - produção ambulatorial e de alta complexidade (Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade - Apac) e o Sistema de Informação sobre o Câncer (Siscan - Colo e Mama), conforme as normas técnico-operacionais preconizadas pelo Ministério da Saúde; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 23, IX)

X - implantar ou implementar o Registro Hospitalar de Câncer (RHC), garantindo a coleta, armazenamento, análise e divulgação de forma sistemática e contínua das informações dos pacientes atendidos e acompanhados no hospital, repassando os dados para o Instituto Nacional de Câncer (Inca), por meio do Sistema de Registro Hospitalar de Câncer (SisRHC), para que o sistema informatizado de acesso pela internet, o Integrador RHC, possa consolidar, monitorar e permitir a análise dos dados nacionais dos RHC brasileiros, dos arquivos gerados pelos hospitais habilitados para alta complexidade em câncer no SUS; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 23, X)

XI - adotar conduta mínima de cuidados paliativos, observando os seguintes critérios: (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 23, XI)

a) dispor de protocolos ou diretrizes de boas práticas em controle da dor, náusea, delirium e dispnéia; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 23, XI, a)

b) dispor de protocolo ou recomendações para uso de sedação paliativa; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 23, XI, b)

c) dispor de protocolo ou recomendações de boas práticas para cuidados de conforto para pacientes e família durante o processo de morte; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 23, XI, c)

d) ter fluxos gerenciais estabelecidos para dar atestado de óbito de pacientes sob cuidados de fim de vida acompanhados pelo hospital e que falecem em domicílio, em acordo com o respectivo gestor do SUS e consoante o Serviço de Verificação de Óbito (SVO); (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 23, XI, d)

e) dispor de protocolo e fluxos estabelecidos para proceder às diretivas antecipadas de vontade; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 23, XI, e)

f) fornecer os medicamentos essenciais para cuidados paliativos de pacientes internados, incluindo aqueles para o controle da dor, e observar os fluxos para a dispensação desses medicamentos para pacientes ambulatoriais, de acordo com o protocolo clínico vigente para a dor crônica, no âmbito da assistência farmacêutica no SUS; e (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 23, XI, f)

g) orientar, encaminhar ou atender as demandas mais complexas de cuidados paliativos por profissionais especializados nestes cuidados; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 23, XI, g)

XII - registrar o atendimento dos pacientes em prontuário único, contendo, no mínimo: (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 23, XII)

a) o planejamento terapêutico global: (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 23, XII, a)

1. localização topográfica do tumor; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 23, XII, a, 1)

2. descritiva e codificada pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID); (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 23, XII, a, 2)

3. diagnóstico citopatológico/histopatológico do tumor; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 23, XII, a, 3)

4. estadiamento do tumor pelo sistema Classificação de Tumores Malignos (TNM); (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 23, XII, a, 4)

b) descrição de atos cirúrgicos; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 23, XII, b)

c) esquema quimioterápico prescrito e registro de medicamentos dispensados e doses aplicadas em cada fase ou ciclo do esquema quimioterápico; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 23, XII, c)

d) planejamento físico e registro de verificação de posicionamento e execução de radioterapia; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 23, XII, d)

e) monitoramento e o tratamento de eventos adversos imediatos e mediatos, em cada modalidade terapêutica; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 23, XII, e)

f) registro periódico da resposta terapêutica obtida; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 23, XII, f)

g) evolução diária por médico integrante do serviço especializado, em caso de internação; e (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 23, XII, g)

h) registro de atendimentos por equipe multiprofissional do estabelecimento. (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 23, XII, h)

Subseção VI

Do Monitoramento, Controle e Avaliação

Art. 65. A avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na alta complexidade em oncologia no SUS será realizada pelo Ministério da Saúde e pelas secretarias de saúde municipais e estaduais ou distrital, guardadas as suas respectivas competências e responsabilidades, sendo orientada pelos seguintes aspectos: (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 24, caput)

I - monitoramento e verificação do cumprimento dos parâmetros de produção mínima de procedimentos oncológicos ambulatoriais e de internação, conforme o tipo de habilitação e os parâmetros de produção especificados no art. 50; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 24, I)

II - verificação dos indicadores de avaliação da produção anual de procedimentos oncológicos estabelecidos e disponibilizados pela Secretaria de Atenção Especializada à Saúde; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 24, II)

III - atendimentos cirúrgicos pela CNRAC; e (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 24, III)

IV - verificação dos seguintes indicadores mínimos de assistência: (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 24, IV)

a) número de casos de câncer matriculados no ano; (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 24, IV, a)

b) número anual de casos registrados no Registro Hospitalar de Câncer; e (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 24, IV, b)

c) mediana do tempo entre o diagnóstico definitivo e o início do tratamento oncológico dos casos de câncer, com e sem diagnóstico definido ao ser matriculado no hospital. (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 24, IV, c)

§ 1º O levantamento da produção cirúrgica mínima especificada no art. 50 deve utilizar o arquivo RD (procedimentos principais que intituam a Autorização de Internação Hospitalar (AIH)) do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), considerando os procedimentos cirúrgicos (Grupo 04) de média e de alta complexidade com CID de câncer (C00 a C97 e de D37 a D48) da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS. (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 24, § 1º)

§ 2º Para avaliar especificamente a produção cirúrgica relacionada com a habilitação na alta complexidade em oncologia, conforme o art. 52, o levantamento da produção cirúrgica deve utilizar o arquivo RD (procedimentos principais que intituam a Autorização de Internação Hospitalar (AIH)) do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), considerando, por forma de organização, os procedimentos cirúrgicos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS do Grupo 04 Subgrupo 16, e aqueles de alta complexidade com CID de câncer (C00 a C97 e de D37 a D48) dos subgrupos 03 - Neurocirurgia, 05 - Oftalmologia e 08 - Ortopedia, deste mesmo Grupo 04 e o 04.15.02.005-0 Procedimentos Sequenciais em Oncologia. (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 24, § 2º)

§ 3º O levantamento da produção radioterápica mínima especificada no art. 50 deve utilizar os procedimentos principais que intituam a Autorização de Procedimentos Ambulatoriais (Apac) do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), considerando os procedimentos radioterápicos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (Grupo 03, Subgrupo 04 e Forma de Organização 01). De janeiro a junho de 2019, contar também como casos atendidos a soma dos procedimentos 03.04.01.020-0 Planejamento simples (por tratamento), 03.04.01.018-9 Planejamento complexo (por tratamento) e 03.04.01.031-6 - Planejamento tridimensional (por tratamento). (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 24, § 3º)

§ 4º O levantamento da produção quimioterápica mínima especificada no art. 50 deve utilizar os procedimentos principais que intituam a Autorização de Procedimentos Ambulatoriais (Apac) do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), considerando os procedimentos quimioterápicos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (Grupo 03, Subgrupo 04 e Formas de Organização 02 a 07). (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 24, § 4º)

§ 5º Quando para a hematologia, utilizar os procedimentos de quimioterapia para controle temporário de doença (Grupo 03, Subgrupo 04 e Forma de Organização 03 - todos os procedimentos são de hemopatias crônicas), de quimioterapia curativa (Grupo 03, Subgrupo 04 e Forma de Organização 06 - os procedimentos de hemopatias agudas) e de quimioterapia de tumores na infância e adolescência (Grupo 03, Subgrupo 04 e Forma de Organização 07 - procedimentos registrados com CID de hemopatias agudas e crônicas), sendo os procedimentos registrados com códigos da CID de hemopatia maligna aguda nas formas de organização 06 e 07 os utilizados para avaliar a produção específica de quimioterapia de hemopatias malignas agudas. (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 24, § 5º)

§ 6º Quando para a oncologia pediátrica, utilizar os procedimentos de quimioterapia de tumores na infância e adolescência (Grupo 03, Subgrupo 04 e Forma de Organização 07), sendo os procedimentos registrados com códigos da CID de hemopatia maligna aguda na Forma de Organização 07 os utilizados para avaliar a produção específica de quimioterapia de hemopatias malignas agudas. (redação dada pela PRT SAES/MS 163/2020) (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 24, § 6º)

§ 7º A Secretaria de Atenção Especializada à Saúde do Ministério da Saúde calculará anualmente os "Indicadores para Avaliação da Produção Hospitalar e Ambulatorial em Oncologia no SUS", disponibilizando-os na página eletrônica da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde e encaminhando-os para as secretarias de saúde estaduais e distrital, assim como para os órgãos de controle externo e as secretarias municipais de saúde com hospitais habilitados na alta complexidade em oncologia. (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 24, § 7º)

Art. 66. A manutenção da habilitação dos estabelecimentos de saúde habilitados na alta complexidade em oncologia está condicionada: (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 25, caput)

I - à observância das normas estabelecidas nesta seção e regramento congênere suplementar definido pelas respectivas secretarias de saúde gestoras do SUS; e (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 25, I)

II - aos resultados gerados pelo Sistema Nacional de Auditoria do SUS de auditorias procedidas rotineiramente ou por demanda. (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 25, II)

§ 1º Em caso de descumprimento do disposto no inciso I do caput, a Secretaria de Atenção Especializada à Saúde do Ministério da Saúde pode solicitar, às respectivas secretarias de saúde ou ao Sistema de Auditoria do SUS, avaliação específica do estabelecimento habilitado, com vistas à adoção das medidas corretivas cabíveis. (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 25, § 1º)

§ 2º Em caso de descumprimento dos prazos estipulados para correção de não conformidade, o gestor estadual/distrital deve solicitar ao Ministério da Saúde, com respaldo da respectiva CIB ou CIR, a desabilitação do estabelecimento de saúde na alta complexidade em oncologia. (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 25, § 2º)

§ 3º Excetuando-se os estados que se enquadram no art. 49, § 8º, quando houver hospital cuja produção for inferior à parametrizada no art. 50, incisos I a V, deve ser verificado o total da produção de todos os hospitais habilitados em oncologia no estado, para que se avalie a permanência, ou não, daquele hospital, a critério do respectivo gestor e pactuada na CIB ou CIR, inclusive quanto ao remanejamento de recursos financeiros. (redação dada pela PRT SAES/MS 163/2020) (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 25, § 3º)

§ 4º A alteração de habilitação, a inclusão ou exclusão de serviço(s) e a exclusão de hospital habilitado na alta complexidade em oncologia no SUS motivarão a adequação do custeio federal, para mais ou para menos, consoante a verificação do cumprimento dos parâmetros de produção mínima de procedimentos oncológicos ambulatoriais e de internação, o percentual de execução do limite financeiro de média e alta complexidade (MAC) na respectiva gestão e a disponibilidade financeira do Ministério da Saúde. (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 25, § 4º)

Subseção VII

Das Disposições Gerais

Art. 67. Os Anexos "Estabelecimentos de Saúde Habilitados como Cacon ou Unacon ou Autorizados como Serviço Isolado de Radioterapia", "Plano de Atenção para o Diagnóstico e o Tratamento do Câncer", "Serviços Próprios ou Terceirizados para a Habilitação na Alta Complexidade em Oncologia Conforme o Tipo de Habilitação", "Classificação e Formulário de Verificação dos Critérios Mínimos para Habilitação na Alta Complexidade em Oncologia no SUS" e "Passo-a-passo e Fluxo para a Solicitação de Habilitação, Alteração de Habilitação ou Desabilitação na Alta Complexidade em Oncologia" estão disponíveis no site: <https://www.saude.gov.br/atencao-especializada-e-hospitalar/especialidades/oncologia>. (redação dada pela PRT SAES/MS 163/2020) (Origem: PRT SAES/MS 1399/2019, art. 27, caput)

Seção IV

Da Habilitação em Traumatologia e Ortopedia de Alta Complexidade

Art. 68. Para os fins desta seção devem ser observados os seguintes conceitos: (Origem: PRT SAS/MS 90/2009, art. 1º, caput)

I - unidade de assistência de alta complexidade em traumatologia e ortopedia: o hospital geral ou especializado que possua condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos capazes de prestar assistência em traumatologia e ortopedia, conforme estabelecido no Anexo XV. (Origem: PRT SAS/MS 90/2009, art. 1º, I)

II - centro de referência em traumatologia e ortopedia de alta complexidade: hospital geral ou especializado em traumatologia e ortopedia, com as mesmas características de unidade de assistência de alta complexidade, que exerça o papel auxiliar de caráter técnico ao gestor do SUS na Política de Atenção em Traumatologia e Ortopedia e possua também os seguintes atributos: (Origem: PRT SAS/MS 90/2009, art. 1º, II)

a) ser hospital de ensino, certificado pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação, de acordo com a Portaria Interministerial MEC/MS nº 285, de 24 de março de 2015; e oferecer residência médica em ortopedia e traumatologia ou educação continuada voltada às necessidades do SUS nas diferentes áreas da assistência em traumatologia e ortopedia; (Origem: PRT SAS/MS 90/2009, art. 1º, II, a)

b) ter estrutura de pesquisa e ensino organizada, com programas e protocolos clínicos, técnicos e operacionais estabelecidos; (Origem: PRT SAS/MS 90/2009, art. 1º, II, b)

c) subsidiar os gestores locais do SUS nas ações de regulação, controle, avaliação e auditoria na atenção em traumatologia e ortopedia, inclusive em estudos de qualidade e de custo-efetividade; e (Origem: PRT SAS/MS 90/2009, art. 1º, II, c)

d) participar do desenvolvimento e capacitação profissional em parceria com o gestor local do SUS. (Origem: PRT SAS/MS 90/2009, art. 1º, II, d)

III - serviço de traumatologia e ortopedia: aquele que integra a estrutura organizacional e física de um hospital que cumpre o disposto nos incisos I e II, de modo a prestar assistência integral e especializada a pacientes com doenças do sistema musculoesquelético; (Origem: PRT SAS/MS 90/2009, art. 2º, § 1º)

IV - serviço de traumatologia e ortopedia pediátrica: aquele que integra a estrutura organizacional e física de um hospital que cumpre o disposto nos incisos I e II, de modo a prestar assistência integral e especializada a pacientes com até 18 (dezoito) anos de idade, com doenças do sistema musculoesquelético. (Origem: PRT SAS/MS 90/2009, art. 2º, § 2º)

V - serviço de traumatologia e ortopedia de urgência aquele que integra a estrutura organizacional e física de um hospital que cumpre o disposto nos incisos I e II, de modo a prestar assistência especializada de urgência a crianças, adolescentes e adultos com doenças do sistema musculoesquelético. (Origem: PRT SAS/MS 90/2009, art. 2º, § 3º)

Art. 69. As unidades de assistência e os centros de referência em traumatologia e ortopedia podem prestar atendimento nos serviços abaixo descritos: (Origem: PRT SAS/MS 90/2009, art. 2º, caput)

I - serviço de traumatologia e ortopedia; (Origem: PRT SAS/MS 90/2009, art. 2º, I)

II - serviço de traumatologia e ortopedia pediátrica (até 18 (dezoito) anos de idade); e (Origem: PRT SAS/MS 90/2009, art. 2º, II)

III - serviço de traumatologia e ortopedia de urgência. (Origem: PRT SAS/MS 90/2009, art. 2º, III)

Art. 70. Ficam estabelecidas as diretrizes a seguir para a habilitação em traumatologia e ortopedia: (Origem: PRT SAS/MS 90/2009, art. 7º, caput)

I - um hospital habilitado como unidade de assistência de alta complexidade em traumatologia e ortopedia com serviço de traumatologia e ortopedia poderá, a critério do gestor estadual ou municipal e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), também atender crianças e adolescentes, e ter ou não serviço de traumatologia e ortopedia de urgência; (Origem: PRT SAS/MS 90/2009, art. 7º, I)

II - um hospital exclusivamente pediátrico pode ser habilitado como unidade de assistência de alta complexidade em traumatologia e ortopedia apenas com o serviço de traumatologia e ortopedia pediátrica, com ou sem serviço de traumatologia e ortopedia de urgência; (Origem: PRT SAS/MS 90/2009, art. 7º, II)

III - um hospital habilitado em urgência Tipo II ou III, conforme os arts. 19 a 32, do Anexo III, da Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, ou outro instrumento normativo que a suceder, pode ser habilitado como unidade de assistência de alta complexidade em traumatologia e ortopedia apenas com o serviço de traumatologia e ortopedia de urgência, e atender crianças, adolescentes e adultos; e (Origem: PRT SAS/MS 90/2009, art. 7º, III)

IV - um hospital para se habilitar como centro de referência em traumatologia e ortopedia de alta complexidade deve preencher os requisitos do art. 68, II, com ou sem serviço de traumatologia e ortopedia de urgência, deve contar obrigatoriamente em seu cadastro no SCNES com serviço de traumatologia e ortopedia pediátrica. (Origem: PRT SAS/MS 90/2009, art. 7º, IV)

Art. 71. As secretarias de estado da saúde e as respectivas secretarias municipais devem adotar as providências necessárias para reavaliar e atualizar o credenciamento e as habilitações de todos os hospitais que prestem assistência em traumatologia e ortopedia ao SUS de acordo com o estabelecido nesta seção e Anexo XV. (Origem: PRT SAS/MS 90/2009, art. 8º, caput)

§ 1º Para a execução e registro no sistema de informação do SUS dos procedimentos de alta complexidade, as unidades e os centros de referência devem cumprir os critérios estabelecidos no Anexo XV. (Origem: PRT SAS/MS 90/2009, art. 8º, § 1º)

§ 2º A execução de procedimentos de alta complexidade requer habilitação específica do hospital pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT SAS/MS 90/2009, art. 8º, § 2º)

§ 3º Ao encaminhar as solicitações de habilitação ao Ministério da Saúde, os gestores deverão preencher e assinar o Anexo XVI - Formulário para Vistoria do Gestor e inserir proposta no Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS). (Origem: PRT SAS/MS 90/2009, art. 8º, § 3º)

§ 4º O hospital para ser habilitado como centro de referência em traumatologia e ortopedia de alta complexidade deve ofertar todos os procedimentos de alta complexidade em traumatologia e ortopedia previstos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do SUS/SIGTAP. (Origem: PRT SAS/MS 90/2009, art. 8º, § 4º)

Art. 72. A habilitação na alta complexidade em traumatologia e ortopedia observará as seguintes regras: (Origem: PRT SAS/MS 90/2009, art. 9º, caput)

§ 1º Os gestores podem solicitar a readequação das habilitações na alta complexidade em traumatologia e ortopedia, conforme definido na sua Rede de Atenção e necessidades locais. (Origem: PRT SAS/MS 90/2009, art. 9º, § 1º)

§ 2º As solicitações de habilitação na alta complexidade em traumatologia e ortopedia devem ser encaminhadas, pelo gestor estadual ou municipal, à Coordenação-Geral de Atenção Especializada (CGAE/DAET/SAES/MS), por meio do Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS), para análise e providências. (Origem: PRT SAS/MS 90/2009, art. 9º, § 2º)

Art. 73. As unidades de assistência e os centros de referência em traumatologia e ortopedia de alta complexidade devem integrar-se em rede estadual ou regional, com sistema de referência e contrarreferência hierarquizado definido pelas secretarias de saúde, e ofertar, em conformidade com os perfis estabelecidos no art. 69, assistência especializada e integral no diagnóstico, tratamento e reabilitação em traumatologia e ortopedia. (Origem: PRT SAS/MS 90/2009, art. 10, caput)

Parágrafo Único. O atendimento inclui as modalidades e perfis assistenciais, abaixo relacionados e conforme a caracterização estabelecida no Anexo XV: (Origem: PRT SAS/MS 90/2009, art. 10, parágrafo único)

I - urgência com funcionamento nas 24 (vinte e quatro) horas; (Origem: PRT SAS/MS 90/2009, art. 10, parágrafo único, I)

II - ambulatorial; (Origem: PRT SAS/MS 90/2009, art. 10, parágrafo único, II)

III - hospitalar; (Origem: PRT SAS/MS 90/2009, art. 10, parágrafo único, III)

IV - assistência a todos os pacientes que, no hospital, tenham sido submetidos a procedimentos traumato-ortopédicos, de natureza cirúrgica ou de redução incruenta, garantindo assistência até a alta ou transferência; (Origem: PRT SAS/MS 90/2009, art. 10, parágrafo único, IV)

V - assistência a pacientes com processos infecciosos do sistema musculoesquelético, garantindo tratamento até a alta ou transferência; (Origem: PRT SAS/MS 90/2009, art. 10, parágrafo único, V)

VI - exames de diagnose e terapia; (Origem: PRT SAS/MS 90/2009, art. 10, parágrafo único, VI)

VII - apoio multiprofissional e acompanhamento por meio de procedimentos específicos, visando à melhoria das condições físicas e psicológicas dos pacientes, atuando no preparo pré-operatório ou como complemento terapêutico para restabelecimento da capacidade funcional; (Origem: PRT SAS/MS 90/2009, art. 10, parágrafo único, VII)

VIII - reabilitação; e (Origem: PRT SAS/MS 90/2009, art. 10, parágrafo único, VIII)

IX - participação nas ações de prevenção e detecção precoce de doenças do sistema musculoesquelético, de maneira articulada com os programas e normas definidos pelo Ministério da Saúde ou secretaria de saúde do estado ou município, para a atenção em traumatologia e ortopedia. (Origem: PRT SAS/MS 90/2009, art. 10, parágrafo único, IX)

Art. 74. Fica estabelecido que a organização da rede de atenção em traumatologia e ortopedia leve em consideração: (Origem: PRT SAS/MS 90/2009, art. 11, caput)

I - base territorial de abrangência; (Origem: PRT SAS/MS 90/2009, art. 11, I)

II - população a ser atendida; (Origem: PRT SAS/MS 90/2009, art. 11, II)

III - cobertura assistencial necessária, com estimativa da demanda, inclusive reprimida; (Origem: PRT SAS/MS 90/2009, art. 11, III)

IV - capacidade técnica e operacional das unidades e centros; (Origem: PRT SAS/MS 90/2009, art. 11, IV)

V - série histórica de atendimentos realizados; (Origem: PRT SAS/MS 90/2009, art. 11, V)

VI - distribuição geográfica das unidades e centros; e (Origem: PRT SAS/MS 90/2009, art. 11, VI)

VII - mecanismos de acesso com os fluxos de referência e contrarreferência. (Origem: PRT SAS/MS 90/2009, art. 11, VII)

Art. 75. As unidades de assistência e os centros de referência deverão submeter-se à regulação, controle e avaliação e auditoria do gestor estadual e municipal, conforme as diretrizes constantes do Anexo XV. (Origem: PRT SAS/MS 90/2009, art. 12, caput)

Art. 76. As secretarias de saúde dos estados, ao indicarem os estabelecimentos de saúde a serem credenciados, e habilitados ou não como unidade de assistência ou centro de referência, deverão estabelecer, em conjunto com as secretarias dos seus municípios, fluxos e mecanismos de referência e contrarreferência. (Origem: PRT SAS/MS 90/2009, art. 13, caput)

Art. 77. Na ausência de serviços credenciados ou habilitados para realização de qualquer dos procedimentos de alta complexidade em traumatologia e ortopedia, o gestor local deverá garantir o acesso à realização do procedimento, por meio da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC). (Origem: PRT SAS/MS 90/2009, art. 14, caput)

Seção V

Da Habilitação dos Sítios Testadores NAT (SIT-NAT) e Critérios Técnicos para Realização de Testes de Ácidos Nucléicos (Teste NAT)

Art. 78. Fica permitida a testagem de amostras ou unidades de sangue em conjunto de amostras (pool) na pesquisa de HIV e HCV pela tecnologia NAT para triagem de doadores de sangue. (redação dada pela POC SAS/MS,SE/MS 239/2014) (Origem: POC SAS/MS,SE/MS 193/2014, art. 1º, caput)

Parágrafo Único. O teste NAT para HIV e HCV, a ser utilizado pelos serviços de hemoterapia, deve ser capaz de detectar em 95% (noventa e cinco por cento) das vezes 100 (cem) UI/mL para HCV e 100 (cem) cópias/mL para HIV (sensibilidade analítica) na amostra individual do doador. (redação dada pela POC SAS/MS,SE/MS 239/2014) (Origem: POC SAS/MS,SE/MS 193/2014, art. 1º, parágrafo único)

Art. 79. O presente regulamento é de observância obrigatória por todos os órgãos e entidades que executam atividades hemoterápicas em todo o território nacional no âmbito do Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados (Sinasan). (Origem: POC SAS/MS,SE/MS 193/2014, art. 2º, caput)

Art. 80. Os serviços de hemoterapia públicos que realizarão os testes NAT serão habilitados como sítios testadores NAT (SIT-NAT) para testagem das amostras provenientes de coletas de sangue no âmbito do SUS. (Origem: POC SAS/MS,SE/MS 193/2014, art. 3º, caput)

§ 1º A habilitação dos SIT-NAT será definida pela Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados (CGSH), do Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET), da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES), e as regras para o seu funcionamento serão orientadas por meio de manual operacional emitido por esta Coordenação. (Origem: POC SAS/MS,SE/MS 193/2014, art. 3º, § 1º)

§ 2º Os SIT-NAT serão responsáveis pela realização da testagem das amostras de sangue de doadores para os serviços que coletam sangue no âmbito do SUS, inseridos em uma determinada área de abrangência, que pode ser a totalidade ou parte de um estado, ou abranger mais de um estado, sendo esta previamente definida pelo Ministério da Saúde. (Origem: POC SAS/MS,SE/MS 193/2014, art. 3º, § 2º)

§ 3º A responsabilidade pela testagem NAT nas amostras encaminhadas pela unidade coletora ocorrerá a partir do recebimento das mesmas pelo respectivo SIT-NAT. (Origem: POC SAS/MS,SE/MS 193/2014, art. 3º, § 3º)

§ 4º Em situações de contingência, para que não haja a interrupção na realização do teste, o Ministério da Saúde definirá os SIT-NAT que farão atendimento temporário da área de abrangência afetada. (Origem: POC SAS/MS,SE/MS 193/2014, art. 3º, § 4º)

Art. 81. Os estabelecimentos reconhecidos como SIT-NAT habilitados para a realização do NAT deverão formalizar contratos ou convênios com os serviços de hemoterapia em sua área de abrangência, a fim de definir as responsabilidades entre as partes. (Origem: POC SAS/MS,SE/MS 193/2014, art. 4º, caput)

Parágrafo Único. Os contratos dos SIT-NAT com serviços de hemoterapia relacionados às amostras provenientes de coletas de sangue não contratualizadas no âmbito do SUS deverão observar as regras específicas de ressarcimento a serem emitidas pelo Ministério da Saúde. (Origem: POC SAS/MS,SE/MS 193/2014, art. 4º, parágrafo único)

Seção VI

Das Normas para Habilitação de Unidade de Assistência em Alta Complexidade no Tratamento Reparador da Lipodistrofia do Portador de HIV/AIDS

Art. 82. Unidade de assistência em alta complexidade no tratamento reparador da lipodistrofia do portador de HIV/AIDS é aquela que possui condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos capacitados a prestarem assistência especializada aos portadores de lipodistrofia associada ao HIV/AIDS. (Origem: POC SAS/MS,SVS/MS 1/2009, art. 1º, caput)

Art. 83. O tratamento reparador da lipodistrofia está dividido em duas classificações para efeitos desta seção: (Origem: POC SAS/MS,SVS/MS 1/2009, art. 2º, caput)

I - tratamento reparador da lipodistrofia, que compreende os procedimentos indicados para o tratamento cirúrgico reparador da lipohipertrofia da região do abdome, região mamária, dorso-cervical (giba), submandibular e para o tratamento cirúrgico reparador da lipoatrofia de glúteos e região perianal e da lipoatrofia facial; e (Origem: POC SAS/MS,SVS/MS 1/2009, art. 2º, I)

II - tratamento reparador da lipoatrofia facial, que compreende somente o preenchimento com polimetilmetacrilato (PMMA) na perda dos coxins gordurosos da face. (Origem: POC SAS/MS,SVS/MS 1/2009, art. 2º, II)

Art. 84. Para fins de credenciamento/habilitação, para o tratamento reparador da lipodistrofia do portador de HIV/AIDS a unidade de saúde deverá oferecer, obrigatoriamente: (Origem: POC SAS/MS,SVS/MS 1/2009, art. 3º, caput)

I - hospital de referência para a rede de assistência especializada em DST/HIV/AIDS; (Origem: POC SAS/MS,SVS/MS 1/2009, art. 3º, I)

II - serviço de cirurgia plástica reparadora; (Origem: POC SAS/MS,SVS/MS 1/2009, art. 3º, II)

III - acompanhamento ambulatorial pré-operatório e pós-operatório continuado e específico do paciente; (Origem: POC SAS/MS,SVS/MS 1/2009, art. 3º, III)

IV - capacidade técnica para execução dos procedimentos constantes do Anexo XVII. (Origem: POC SAS/MS,SVS/MS 1/2009, art. 3º, IV)

Parágrafo Único. Os estabelecimentos de saúde deverão estar cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), como hospital geral ou hospital especializado. (Origem: POC SAS/MS,SVS/MS 1/2009, art. 3º, parágrafo único)

Art. 85. Para fins de credenciamento/habilitação para o tratamento reparador da lipoatrofia facial do portador de HIV/AIDS, a unidade de saúde deverá oferecer, obrigatoriamente: (Origem: POC SAS/MS,SVS/MS 1/2009, art. 4º, caput)

I - serviço de assistência especializada em DST/HIV/AIDS ou serviço de referência para a rede de assistência especializada em DST/HIV/AIDS; (Origem: POC SAS/MS,SVS/MS 1/2009, art. 4º, I)

II - serviço de dermatologia ou cirurgia plástica reparadora; (Origem: POC SAS/MS,SVS/MS 1/2009, art. 4º, II)

III - acompanhamento ambulatorial pré-operatório e pós-operatório continuado e específico do paciente. (Origem: POC SAS/MS,SVS/MS 1/2009, art. 4º, III)

Parágrafo Único. Os estabelecimentos de saúde deverão estar cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), como ambulatório especializado. (Origem: POC SAS/MS,SVS/MS 1/2009, art. 4º, parágrafo único)

Art. 86. A regulação da rede de assistência em alta complexidade no tratamento da lipodistrofia do portador de HIV/AIDS será exercida pelos gestores municipal ou estadual de saúde, respeitando os níveis de gestão, com apoio técnico do Programa Nacional de DST/HIV/AIDS da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), do Ministério da Saúde. (Origem: POC SAS/MS,SVS/MS 1/2009, art. 5º, caput)

Art. 87. Fica determinado que, na definição dos quantitativos e na distribuição geográfica das unidades de assistência de alta complexidade no tratamento reparador da lipodistrofia e da lipoatrofia facial do portador de HIV/AIDS, os gestores do Sistema Único de Saúde utilizem os parâmetros definidos pela Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES) e Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), conforme Anexo XIX e os critérios abaixo: (Origem: POC SAS/MS,SVS/MS 1/2009, art. 6º, caput)

I - população a ser atendida; (Origem: POC SAS/MS,SVS/MS 1/2009, art. 6º, I)

II - necessidade de cobertura assistencial; (Origem: POC SAS/MS,SVS/MS 1/2009, art. 6º, II)

III - mecanismos de acesso com os fluxos de referência e contrarreferência; (Origem: POC SAS/MS,SVS/MS 1/2009, art. 6º, III)

IV - capacidade técnica e operacional dos serviços; (Origem: POC SAS/MS,SVS/MS 1/2009, art. 6º, IV)

V - integração com a rede de referência hospitalar em atendimento de urgência e emergência, com os serviços de atendimento pré-hospitalar, com a central de regulação (quando houver) e com os demais serviços assistenciais - ambulatoriais e hospitalares - disponíveis no estado. (Origem: POC SAS/MS,SVS/MS 1/2009, art. 6º, V)

Art. 88. Fica determinado que as secretarias de estado de saúde e secretarias municipais de saúde estabeleçam os fluxos assistenciais, os mecanismos de referência e contrarreferência dos pacientes e adotem as providências necessárias para que haja a articulação assistencial preconizada. (Origem: POC SAS/MS,SVS/MS 1/2009, art. 7º, caput)

Art. 89. As unidades contratadas/conveniadas pelo SUS para executar procedimentos para o tratamento reparador da lipodistrofia e lipoatrofia facial do portador de HIV/AIDS deverão submeter-se à regulação, controle, avaliação e auditoria do gestor estadual e municipal, conforme as atribuições estabelecidas nas respectivas condições de gestão. (Origem: POC SAS/MS,SVS/MS 1/2009, art. 8º, caput)

Parágrafo Único. Os procedimentos de alta complexidade para tratamento reparador da lipodistrofia e lipoatrofia facial do portador de HIV/AIDS deverão ser submetidos à autorização prévia pelo gestor local correspondente. (Origem: POC SAS/MS,SVS/MS 1/2009, art. 8º, parágrafo único)

Art. 90. Fica aprovado, na forma de anexos desta seção, o que segue: (Origem: POC SAS/MS,SVS/MS 1/2009, art. 9º, caput)

I - Seção: "Diretrizes de Indicação para Tratamento da Lipodistrofia do portador de HIV/AIDS"; (Origem: POC SAS/MS,SVS/MS 1/2009, art. 9º, I)

II - Anexo XVIII: "Normas de Classificação e Credenciamento/Habilitação de Unidades de Assistência em Alta Complexidade no Tratamento Reparador da Lipodistrofia e Lipoatrofia Facial do portador de HIV/AIDS"; (Origem: POC SAS/MS,SVS/MS 1/2009, art. 9º, II)

III - Anexo XIX: "Quantitativo de Unidades de Alta Complexidade no Tratamento Reparador da Lipodistrofia e Lipoatrofia Facial do portador de HIV/AIDS"; (Origem: POC SAS/MS,SVS/MS 1/2009, art. 9º, III)

IV - Anexo XX: "Formulário para Vistoria do Gestor", contendo o Anexo XXI: "Normas de Credenciamento/Habilitação de Unidades de Assistência de Alta Complexidade no Tratamento Reparador da Lipodistrofia do Portador de HIV/AIDS" e o Anexo XXII: "Normas de Credenciamento/Habilitação de Unidades de Assistência de Alta Complexidade no Tratamento Reparador da Lipoatrofia Facial do Portador de HIV/AIDS". (Origem: POC SAS/MS,SVS/MS 1/2009, art. 9º, IV)

V - Anexo XXIII: "Formulário de Referência e Contrarreferência para Lipodistrofia". (Origem: POC SAS/MS,SVS/MS 1/2009, art. 9º, V)

Art. 91. Fica estabelecido, conforme consta do Anexo XVIII, que os processos de solicitação de credenciamento/habilitação dos estabelecimentos de saúde para realização do tratamento reparador da lipodistrofia e lipoatrofia facial do portador de HIV/AIDS, devem ser aprovados pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e encaminhados ao Programa Nacional DST/AIDS, da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) que dará o parecer técnico subsidiando a avaliação, adotando, se favorável, as medidas necessárias para a habilitação junto a Coordenação-Geral de Atenção Especializada do Departamento de Atenção Especializada e Temática (CGAE/DAET/SAES). (Origem: POC SAS/MS,SVS/MS 1/2009, art. 10, caput)

Parágrafo Único. Para fins de habilitação, serão considerados, preferencialmente, os hospitais universitários e de ensino, certificados de acordo com a Portaria Interministerial MEC/MS nº 285, de 24 de março de 2015, com processo de contratualização concluído. (Origem: POC SAS/MS,SVS/MS 1/2009, art. 10, parágrafo único)

Art. 92. A habilitação das unidades para o tratamento reparador da lipodistrofia e lipoatrofia facial do portador de HIV/AIDS somente será realizada nos limites orçamentários previstos para o exercício financeiro pelo Ministério da Saúde. (Origem: POC SAS/MS,SVS/MS 1/2009, art. 11, caput)

Art. 93. O valor do procedimento de código 04.13.03.004-0 - Preenchimento facial com PMMA em paciente com lipoatrofia de face decorrente do uso de antirretroviral inclui todos os atos, atividades e materiais, inclusive o polimetilmetacrilato 20ml (vinte mililitros), necessário à realização do procedimento. (Origem: PRT SAS/MS 4/2009, art. 3º, caput)

Art. 94. Manter a operacionalização do procedimento 04.13.03.004-0 - Preenchimento facial com PMMA em paciente com lipoatrofia de face decorrente do uso de antirretroviral por meio da Autorização de Procedimentos Ambulatoriais (APAC). (Origem: PRT SAS/MS 4/2009, art. 4º, caput)

§ 1º As APAC emitidas devem ter a validade de até 3 (três) competências a partir da data inicial da autorização. (Origem: PRT SAS/MS 4/2009, art. 4º, § 2º)

§ 2º A cobrança do procedimento que trata este artigo deve ser feito através do aplicativo APAC/Meio Magnético utilizando-se o tipo de APAC Única, significando assim que seu registro para cobrança será apresentado uma única vez. (Origem: PRT SAS/MS 4/2009, art. 4º, § 3º)

§ 3º Os códigos para registro de informação quanto ao encerramento da APAC deverão estar em conformidade com os da Tabela Auxiliar - Motivo Saída/Permanência dos Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar (SIA-SIH/SUS). (Origem: PRT SAS/MS 4/2009, art. 4º, § 4º)

Seção VII

Da Habilitação/Credenciamento dos Laboratórios para a Contagem de Linfócitos TCD4+/CD8+ e Quantificação do RNA do HIV-1

Art. 95. As redes estaduais e/ou regionais de laboratórios para a contagem de linfócitos T CD4+/CD8+ e quantificação do RNA do HIV-1, serão compostas por serviços laboratoriais especializados para a contagem de linfócitos T CD4+/CD8+ e quantificação do RNA do HIV-1 e suas aptidões e qualidades. (Origem: PRT SAS/MS 334/2007, art. 2º, caput)

§ 1º Entende-se por serviço laboratorial especializado para a contagem de linfócitos T CD4+/CD8+ e quantificação do RNA do HIV1, o laboratório que possua condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados de modo a garantir com as metodologias empregadas, qualidade nos resultados dos procedimentos, que visam monitorar a terapia antirretroviral às pessoas que vivem com HIV e AIDS, de acordo com as normas específicas constantes nos Anexos XXIV a XXVIII. (Origem: PRT SAS/MS 334/2007, art. 2º, § 1º)

§ 2º Estes serviços referidos no §1º, também devem, sob regulação do respectivo gestor do SUS, guardar articulação e integração com a rede de saúde local e regional. (Origem: PRT SAS/MS 334/2007, art. 2º, § 2º)

Art. 96. Fica aprovado, na forma de anexos desta seção o que se segue: (Origem: PRT SAS/MS 334/2007, art. 3º, caput)

I - Anexo XXIV - Normas de credenciamento/habilitação dos serviços laboratoriais especializados para a contagem de linfócitos T CD4+/CD8+ e quantificação do RNA do HIV-1; (Origem: PRT SAS/MS 334/2007, art. 3º, I)

II - Anexo XXV - Formulário de vistoria para credenciamento/habilitação de serviços laboratoriais especializados para a contagem de linfócito T CD4+/CD8; (Origem: PRT SAS/MS 334/2007, art. 3º, II)

III - Anexo XXVI - Formulário de vistoria para credenciamento/habilitação de serviços laboratoriais especializados para a quantificação do RNA HIV-1; (Origem: PRT SAS/MS 334/2007, art. 3º, III)

IV - Anexo XXVII - Referência e contrarreferência - Mapeamento da Rede Estadual; (Origem: PRT SAS/MS 334/2007, art. 3º, IV)

V - Anexo XXVIII - Caracterização da rede de laboratórios; (Origem: PRT SAS/MS 334/2007, art. 3º, V)

VI - Anexo XXIX - Parâmetros para a distribuição de serviços laboratoriais; (Origem: PRT SAS/MS 334/2007, art. 3º, VI)

Art. 97. Disponibilizam-se no Anexo XXIX os parâmetros de distribuição geográfica dos serviços laboratoriais especializados e os indicadores de avaliação dos serviços prestados para o planejamento e organização das redes estaduais e/ou regionais de laboratórios para a contagem de linfócitos T CD4+/CD8+ e quantificação do RNA do HIV-1. (Origem: PRT SAS/MS 334/2007, art. 4º, caput)

Art. 98. Fica estabelecido que, na definição dos quantitativos e na distribuição geográfica dos serviços laboratoriais especializados para a contagem de linfócitos T CD4+/CD8+ e quantificação do RNA do HIV-1, os gestores do Sistema Único de Saúde utilizem os critérios abaixo e os parâmetros definidos pela Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES) e pelo Programa Nacional de DST/AIDS/SVS, no Anexo XXIX: (Origem: PRT SAS/MS 334/2007, art. 5º, caput)

I - população a ser atendida; (Origem: PRT SAS/MS 334/2007, art. 5º, I)

II - necessidade de cobertura assistencial; (Origem: PRT SAS/MS 334/2007, art. 5º, II)

III - mecanismo de acesso com fluxo de referência e contrarreferência; (Origem: PRT SAS/MS 334/2007, art. 5º, III)

IV - capacidade técnica e operacional do serviço; (Origem: PRT SAS/MS 334/2007, art. 5º, IV)

V - série histórica de atendimentos realizados, levando em conta a demanda reprimida; e (Origem: PRT SAS/MS 334/2007, art. 5º, V)

VI - integração com os mecanismos de regulação, controle e demais serviços assistenciais - ambulatoriais e hospitalares - que compõem as redes estaduais e/ou regionais de laboratórios para a contagem de linfócitos T CD4+/CD8+ e quantificação do RNA do HIV-1. (Origem: PRT SAS/MS 334/2007, art. 5º, VI)

Art. 99. As secretarias de estado da saúde e secretarias municipais de saúde deverão estabelecer os fluxos assistenciais, os mecanismos de referência e contrarreferência dos pacientes e, adotar as providências necessárias para a devida pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). (Origem: PRT SAS/MS 334/2007, art. 6º, caput)

Art. 100. Na situação de ausência de prestação de serviços para monitorar a terapia de antirretrovirais das pessoas que vivem com HIV e AIDS em sua área de gestão, o respectivo gestor do SUS deverá garantir através de mecanismos de regulação, o acesso da população aos procedimentos previstos nesta seção. (Origem: PRT SAS/MS 334/2007, art. 7º, caput)

Art. 101. As secretarias de estado da saúde encaminharão a relação dos serviços que comporão as redes de laboratórios para a contagem de linfócitos T CD4+/CD8+ e quantificação do RNA do HIV-1, aprovados na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), para o Programa Nacional de DST/AIDS, ficando a autorização a cargo desta. (Origem: PRT SAS/MS 334/2007, art. 8º, caput)

Parágrafo Único. A homologação da referida rede será efetuada após análise e parecer conjunto do PN DST e AIDS/SVS/MS e CGAE/DAET/SAES/MS. (Origem: PRT SAS/MS 334/2007, art. 8º, parágrafo único)

Art. 102. Os serviços laboratoriais especializados para a contagem de linfócitos T CD4+/CD8+ e quantificação do RNA do HIV-1 deverão submeter-se à regulação, fiscalização, controle e avaliação do gestor estadual, municipal e do Distrito Federal, conforme as atribuições estabelecidas nas respectivas condições de gestão. (Origem: PRT SAS/MS 334/2007, art. 9º, caput)

Art. 103. Os serviços laboratoriais especializados para a contagem de linfócitos T CD4+/CD8+ e quantificação do RNA do HIV-1 que não mantiverem o cumprimento do disposto nesta seção serão desabilitados. (Origem: PRT SAS/MS 334/2007, art. 10, caput)

Art. 104. Fica determinado que os serviços laboratoriais especializados para a contagem de linfócitos T CD4+/CD8+ e quantificação do RNA do HIV-1, credenciados/habilitados de acordo com as normas estabelecidas no Anexo XXIV e/ou Anexo XXV, participem da Avaliação Externa de Qualidade (AEQ) para a contagem de linfócitos T CD4+/CD8+ e quantificação do RNA do HIV-1, realizados pelo Programa Nacional de DST/AIDS/SVS/MS. (Origem: PRT SAS/MS 334/2007, art. 11, caput)

Art. 105. Fica determinado que as secretarias de saúde dos estados e dos municípios adotem as providências necessárias ao cumprimento das normas estabelecidas nesta seção, podendo estabelecer normas de caráter suplementar, a fim de adequá-las às especificidades locais ou regionais. (Origem: PRT SAS/MS 334/2007, art. 12, caput)

Seção VIII

Do Cadastro de Hospitais que Realizem Procedimentos Integrados para Reabilitação Estético-Funcional dos Portadores de Má-Formação Lábio-Palatal

Art. 106. Ficam estabelecidas as normas para o cadastramento de hospitais que realizem procedimentos integrados para reabilitação estético-funcional dos portadores de má-formação lábio-palatal para o Sistema Único de Saúde. (Origem: PRT SAS/MS 62/1994, art. 1º, caput)

Art. 107. As rotinas de cadastramento consistem em: (Origem: PRT SAS/MS 62/1994, art. 2º, caput)

I - os hospitais encaminharão as solicitações de cadastramento a Coordenação de Normas para Procedimentos de Alta Complexidade da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde do Ministério da Saúde que solicitará um representante oficial do Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-Palatais, da Universidade de São Paulo, que em conjunto com técnicos da secretaria estadual de saúde, verificarão in loco o devido cumprimento das normas estabelecidas nesta seção; (Origem: PRT SAS/MS 62/1994, art. 2º, I)

II - o relatório da visita realizada com parecer conclusivo e sugestão de área de abrangência do serviço, será encaminhado à Coordenação que tomará as medidas necessárias junto à Secretaria de Atenção Especializada à Saúde para efetivação do cadastramento; (Origem: PRT SAS/MS 62/1994, art. 2º, II)

III - serão realizadas avaliações semestrais do desempenho dos hospitais cadastrados mediante informações técnicas fornecidas pelos mesmos em relatório específico elaborado e encaminhado pela Coordenação de Normas para Procedimentos de Alta Complexidade, que se responsabilizará pelo envio dos consolidados às secretarias estaduais de saúde e ao Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-Palatais para manifestação e verificação. (Origem: PRT SAS/MS 62/1994, art. 2º, III)

Art. 108. Serão cadastrados hospitais que fazem parte do Sistema Único de Saúde e realizam procedimentos para reabilitação estético-funcional dos portadores de má-formação congênitas lábio-palatais e atendam às seguintes normas específicas: (Origem: PRT SAS/MS 62/1994, art. 3º, caput)

I - acompanhamento de 10 (dez) casos com avaliação documentados dos: (Origem: PRT SAS/MS 62/1994, art. 3º, I)

a) aspectos estéticos; (Origem: PRT SAS/MS 62/1994, art. 3º, I, a)

b) processo de aquisição de linguagem; (Origem: PRT SAS/MS 62/1994, art. 3º, I, b)

c) relação maxilomandibular anteroposterior e transversal (clínica e cefalométrica); (Origem: PRT SAS/MS 62/1994, art. 3º, I, c)

II - acompanhamento de pelo menos 5 (cinco) casos finalizados com documentação completa. (Origem: PRT SAS/MS 62/1994, art. 3º, II)

§ 1º As normas sobre as instalações físicas são: (Origem: PRT SAS/MS 62/1994, art. 3º, § 1º)

I - unidade de internação para crianças e adultos; (Origem: PRT SAS/MS 62/1994, art. 3º, § 1º, I)

II - centro cirúrgico com salas equipadas com oxigênio, respirador, ácido nitroso, monitor cardíaco, bisturi elétrico, desfibrilador e carro de anestesia; (Origem: PRT SAS/MS 62/1994, art. 3º, § 1º, II)

III - sala de recuperação dentro do bloco cirúrgico equipada com monitor cardíaco e desfibrilador, além de outros materiais e medicamentos necessários às urgências cardiorrespiratórias; (Origem: PRT SAS/MS 62/1994, art. 3º, § 1º, III)

IV - sala para pequenas cirurgias (dentisterias); (Origem: PRT SAS/MS 62/1994, art. 3º, § 1º, IV)

V - consultórios odontológicos equipados com aparelho de RX e equipamentos apropriados para realização de cirurgias bucomaxilofacial e implantes (esterilizadores e contra-ângulo com redutor de velocidade); (Origem: PRT SAS/MS 62/1994, art. 3º, § 1º, V)

VI - sala de exames especializada em fonoaudiologia exclusiva e silenciosa; (Origem: PRT SAS/MS 62/1994, art. 3º, § 1º, VI)

VII - sala para videofluoroscopia. (Origem: PRT SAS/MS 62/1994, art. 3º, § 1º, VII)

§ 2º As normas para os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico são: (Origem: PRT SAS/MS 62/1994, art. 3º, § 2º)

I - laboratório de patologia clínica; (Origem: PRT SAS/MS 62/1994, art. 3º, § 2º, I)

II - laboratório de prótese; (Origem: PRT SAS/MS 62/1994, art. 3º, § 2º, II)

III - laboratório de ortodontia; (Origem: PRT SAS/MS 62/1994, art. 3º, § 2º, III)

IV - comissão de controle da infecção hospitalar; (Origem: PRT SAS/MS 62/1994, art. 3º, § 2º, IV)

V - serviço de prontuário de paciente; (Origem: PRT SAS/MS 62/1994, art. 3º, § 2º, V)

VI - serviço de documentação com capacidade de documentar a sequência do tratamento executado (slides), fotografias e RX odontológico. (Origem: PRT SAS/MS 62/1994, art. 3º, § 2º, VI)

§ 3º as normas para os equipamentos são: (Origem: PRT SAS/MS 62/1994, art. 3º, § 3º)

I - audiômetro; (Origem: PRT SAS/MS 62/1994, art. 3º, § 3º, I)

II - impedanciômetro; (Origem: PRT SAS/MS 62/1994, art. 3º, § 3º, II)

III - aparelho de Raio X para tele PA e ortopantomografia; (Origem: PRT SAS/MS 62/1994, art. 3º, § 3º, III)

IV - aparelho de Raio X para radiografia periapical e oclusal; (Origem: PRT SAS/MS 62/1994, art. 3º, § 3º, IV)

V - nasofaringoscópio; (Origem: PRT SAS/MS 62/1994, art. 3º, § 3º, V)

VI - videofluoroscopia. (Origem: PRT SAS/MS 62/1994, art. 3º, § 3º, VI)

§ 4º As normas para implantologia são: (Origem: PRT SAS/MS 62/1994, art. 3º, § 4º)

I - aparelho com micromotor com redutor de velocidade; (Origem: PRT SAS/MS 62/1994, art. 3º, § 4º, I)

II - aparelho de ultrassom para limpeza de instrumentos; (Origem: PRT SAS/MS 62/1994, art. 3º, § 4º, II)

III - estufa; (Origem: PRT SAS/MS 62/1994, art. 3º, § 4º, III)

IV - cadeira odontológica com controle no pé além de material de consumo em sistemas ósseo integrados de implantes. (Origem: PRT SAS/MS 62/1994, art. 3º, § 4º, IV)

§ 5º As normas para cirurgia bucomaxilofacial são: (Origem: PRT SAS/MS 62/1994, art. 3º, § 5º)

I - sugador de sangue a vácuo; (Origem: PRT SAS/MS 62/1994, art. 3º, § 5º, I)

II - serra elétrica para cirurgia craniofacial; (Origem: PRT SAS/MS 62/1994, art. 3º, § 5º, II)

III - iluminador frontal (foco), além de material de bloqueio maxilomandibular. (Origem: PRT SAS/MS 62/1994, art. 3º, § 5º, III)

Art. 109. São hospitais que possuem serviços de: (Origem: PRT SAS/MS 62/1994, art. 4º, caput)

I - anestesia; (Origem: PRT SAS/MS 62/1994, art. 4º, I)

II - cirurgia plástica estético reparadora; (Origem: PRT SAS/MS 62/1994, art. 4º, II)

III - otorrinolaringologista; (Origem: PRT SAS/MS 62/1994, art. 4º, III)

IV - clínica médica; (Origem: PRT SAS/MS 62/1994, art. 4º, IV)

V - pediatria; (Origem: PRT SAS/MS 62/1994, art. 4º, V)

VI - fonoaudiologia; (Origem: PRT SAS/MS 62/1994, art. 4º, VI)

VII - psicologia; (Origem: PRT SAS/MS 62/1994, art. 4º, VII)

VIII - fisioterapia; (Origem: PRT SAS/MS 62/1994, art. 4º, VIII)

IX - enfermagem; (Origem: PRT SAS/MS 62/1994, art. 4º, IX)

X - serviço social; (Origem: PRT SAS/MS 62/1994, art. 4º, X)

XI - nutrição; (Origem: PRT SAS/MS 62/1994, art. 4º, XI)

XII - odontologia geral; (Origem: PRT SAS/MS 62/1994, art. 4º, XII)

XIII - odontopediatria; (Origem: PRT SAS/MS 62/1994, art. 4º, XIII)

XIV - ortodontia; (Origem: PRT SAS/MS 62/1994, art. 4º, XIV)

XV - prótese e implantologia; (Origem: PRT SAS/MS 62/1994, art. 4º, XV)

XVI - cirurgia bucomaxilofacial; (Origem: PRT SAS/MS 62/1994, art. 4º, XVI)

XVII - atendimento familiar. (Origem: PRT SAS/MS 62/1994, art. 4º, XVII)

Art. 110. Os profissionais médicos e de odontologia responsáveis pelos serviços específicos, deverão possuir título de especialista na área afim. (Origem: PRT SAS/MS 62/1994, art. 5º, caput)

Parágrafo Único. No caso específico da implantologia são válidos certificados de cursos de credenciamento em sistemas ósseo-integrados. (Origem: PRT SAS/MS 62/1994, art. 5º, parágrafo único)

Art. 111. Os profissionais de nível técnico na área de odontologia deverão ser: (Origem: PRT SAS/MS 62/1994, art. 6º, caput)

I - protéticos devidamente registrados no Conselho Federal de Odontologia com experiência em próteses extraorais; (Origem: PRT SAS/MS 62/1994, art. 6º, I)

II - auxiliares e/ou higienistas dentais com o seu registro no Conselho Federal de Odontologia ou de reconhecida capacidade. (Origem: PRT SAS/MS 62/1994, art. 6º, II)

Art. 112. Os profissionais de fonoaudiologia devem apresentar comprovante de treinamento de no mínimo 320 (trezentos e vinte) horas ao longo de 2 (dois) meses. (Origem: PRT SAS/MS 62/1994, art. 7º, caput)

Seção IX

Do Cadastramento e Habilitação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST)

Art. 113. Ficam aprovadas, na forma do Anexo XXX, as Normas para o Cadastramento e Habilitação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). (Origem: PRT SAS/MS 656/2002, art. 1º, caput)

§ 1º As secretarias de saúde dos estados e do Distrito Federal e as secretarias municipais de saúde deverão adotar as medidas necessárias ao cadastramento e habilitação dos centros de que trata o caput deste artigo. (Origem: PRT SAS/MS 656/2002, art. 1º, § 1º)

§ 2º A apresentação do Plano Estadual de Saúde do Trabalhador é requisito indispensável para o recebimento da solicitação de cadastramento e habilitação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador Estaduais e Regionais, dos estados e do Distrito Federal. (Origem: PRT SAS/MS 656/2002, art. 1º, § 2º)

Art. 114. Fica definida como estratégia de implantação do Anexo X, da Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, a implementação de Projetos Estruturadores, apresentados no Anexo XXXI. (Origem: PRT SAS/MS 656/2002, art. 4º, caput)

Seção X

Do Credenciamento/Habilitação dos Serviços de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional Enteral e Enteral/Parenteral

Art. 115. Fica aprovado, na forma dos anexos desta seção: (Origem: PRT SAS/MS 120/2009, art. 1º, caput)

I - Anexo XXXII: "Normas de Classificação e Credenciamento/Habilitação dos Serviços de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional Enteral e Enteral/Parenteral"; (Origem: PRT SAS/MS 120/2009, art. 1º, I)

II - Anexo XXXIII: "Formulário de Vistoria do Gestor, com Relatório da VISA local"; (Origem: PRT SAS/MS 120/2009, art. 1º, II)

III - Anexo XXXIV: "Parâmetros para Composição de Teto Financeiro em Terapia Nutricional". (Origem: PRT SAS/MS 120/2009, art. 1º, IV)

Art. 116. Ficam definidas as unidades de assistência de alta complexidade em terapia nutricional e centros de referência de alta complexidade em terapia nutricional, suas competências e qualidades. (Origem: PRT SAS/MS 120/2009, art. 2º, caput)

§ 1º São unidades de assistência de alta complexidade em terapia nutricional, as unidades hospitalares que possuírem condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência integral e especializada em nutrição enteral ou enteral/parenteral, a pacientes em risco nutricional ou desnutridos, incluindo triagem e avaliação nutricional, indicação e acompanhamento nutricional, dispensação e administração da fórmula nutricional, podendo ainda ser responsável pela manipulação/fabricação. (Origem: PRT SAS/MS 120/2009, art. 2º, § 1º)

§ 2º São centros de referência de alta complexidade em terapia nutricional, as unidades hospitalares que, além de preencherem os critérios do §1º deste artigo, executem ações de triagem e avaliação, indicação e acompanhamento nutricional, de manipulação/fabricação, dispensação e administração da fórmula enteral e/ou parenteral necessária, e que possuam as seguintes características: (Origem: PRT SAS/MS 120/2009, art. 2º, § 2º)

I - ser hospital de ensino, certificado pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação, de acordo com a Portaria Interministerial MEC/MS nº 285, de 24 de março de 2015; (Origem: PRT SAS/MS 120/2009, art. 2º, § 2º, I)

II - estar integrado com o sistema local e regional do SUS que permita exercer o papel auxiliar, de caráter técnico, aos gestores na Política Nacional de Terapia Nutricional; (Origem: PRT SAS/MS 120/2009, art. 2º, § 2º, II)

III - dispor de estrutura de pesquisa e ensino organizados, com programas e protocolos estabelecidos em terapia nutricional; (Origem: PRT SAS/MS 120/2009, art. 2º, § 2º, III)

IV - ter estrutura gerencial capaz de zelar pela eficiência, eficácia e efetividade das ações prestadas; (Origem: PRT SAS/MS 120/2009, art. 2º, § 2º, IV)

V - ter estrutura para subsidiar as ações dos gestores na regulação, fiscalização, controle e avaliação, incluindo estudos de qualidade e estudos de custo-efetividade tecnológica. (Origem: PRT SAS/MS 120/2009, art. 2º, § 2º, V)

Art. 117. As unidades de assistência de alta complexidade em terapia nutricional poderão prestar atendimento em: (Origem: PRT SAS/MS 120/2009, art. 3º, caput)

I - serviços de assistência de alta complexidade em terapia nutricional-ental; (Origem: PRT SAS/MS 120/2009, art. 3º, I)

II - serviços de assistência de alta complexidade em terapia nutricional-ental e parenteral. (Origem: PRT SAS/MS 120/2009, art. 3º, II)

Art. 118. O centro de referência deve prestar serviço de consultoria ao gestor e a outros estabelecimentos de saúde de sua área de abrangência, tendo as seguintes atribuições na sua área de atuação técnica, sendo obrigatório o atendimento em serviços de assistência de alta complexidade em terapia nutricional-enteral e parenteral: (Origem: PRT SAS/MS 120/2009, art. 4º, caput)

I - assessorar na implantação das condutas de "triagem e avaliação nutricional", de "indicação de terapia nutricional" e de "acompanhamento do paciente em terapia nutricional"; (Origem: PRT SAS/MS 120/2009, art. 4º, I)

II - prestar consultoria orientando a avaliação, a prescrição e o acompanhamento do paciente; (Origem: PRT SAS/MS 120/2009, art. 4º, II)

III - oferecer capacitação aos serviços que compõem a rede, identificados pelo gestor local; (Origem: PRT SAS/MS 120/2009, art. 4º, III)

IV - subsidiar as ações do gestor na regulação, controle e avaliação, incluindo estudos de qualidade e estudos de custo-efetividade; (Origem: PRT SAS/MS 120/2009, art. 4º, IV)

V - dispor de mecanismos de acompanhamento e avaliação de qualidade de serviço prestado; (Origem: PRT SAS/MS 120/2009, art. 4º, V)

VI - subsidiar os gestores em suas ações de capacitação e treinamento de acordo com as diretrizes desta estabelecidos nesta Política e de Educação Permanente do SUS. (Origem: PRT SAS/MS 120/2009, art. 4º, VI)

Art. 119. Na definição dos quantitativos e da distribuição geográfica dos centros de referência de alta complexidade em terapia nutricional, os gestores do Sistema Único de Saúde devem utilizar os seguintes critérios: (Origem: PRT SAS/MS 120/2009, art. 5º, caput)

I - ter base territorial de atuação definida; (Origem: PRT SAS/MS 120/2009, art. 5º, I)

II - população a ser atendida, conforme os parâmetros utilizados na programação pactuada integrada (PPI); (Origem: PRT SAS/MS 120/2009, art. 5º, II)

III - necessidade de cobertura assistencial; (Origem: PRT SAS/MS 120/2009, art. 5º, III)

IV - mecanismos de acesso com os fluxos de referência e contrarreferência; (Origem: PRT SAS/MS 120/2009, art. 5º, IV)

V - capacidade técnica e operacional dos serviços; (Origem: PRT SAS/MS 120/2009, art. 5º, V)

VI - série histórica de atendimentos realizados. (Origem: PRT SAS/MS 120/2009, art. 5º, VI)

Art. 120. Os gestores estaduais serão responsáveis pelo envio à Coordenação-Geral de Atenção Especializada, do Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET/SAES/MS), a relação dos centros de referência devidamente credenciados, conforme o disposto nesta seção. (Origem: PRT SAS/MS 120/2009, art. 6º, caput)

§ 1º Todos os serviços credenciados em conformidade com normatizações anteriores deverão estar de acordo com o estabelecido no seção. (Origem: PRT SAS/MS 120/2009, art. 6º, § 1º)

§ 2º Cabe à Coordenação-Geral de Atenção Especializada, do Departamento de Atenção Especializada e Temática, da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, do Ministério da Saúde (CGAE/DAET/SAES/MS), habilitar os centros de referência credenciados pelas secretarias estaduais ou municipais de saúde. (Origem: PRT SAS/MS 120/2009, art. 6º, § 2º)

Art. 121. Os centros de referência que descumprirem o disposto nesta seção serão desabilitados pela Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES). (Origem: PRT SAS/MS 120/2009, art. 7º, caput)

Art. 122. Para efeitos desta seção, entende-se por nutrição enteral aquela fórmula nutricional completa, administrada através de sondas nasoentérica, nasogástrica, de jejunostomia ou de gastrostomia. (Origem: PRT SAS/MS 120/2009, art. 8º, caput)

§ 1º A fórmula nutricional completa referida no caput deste artigo exclui qualquer tipo de dieta artesanal e semiartesanal, conforme definido na Resolução de Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária nº 63, de 6 de julho 2000, que aprova o Regulamento Técnico da Nutrição Enteral. (Origem: PRT SAS/MS 120/2009, art. 8º, § 1º)

§ 2º As dietas artesanais ou semiartesanais administradas por sondas, a partir de maltodextrina, caseína, leite ou proteína de soja, ovo, gordura, etc, em pacientes com trato digestivo íntegro, mas com déficit de deglutição, estão com seus valores inseridos nos Serviços Hospitalares (SH), da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS. (Origem: PRT SAS/MS 120/2009, art. 8º, § 2º)

§ 3º As dietas artesanais e/ou semiartesanais deverão ser incentivadas naqueles pacientes sob cuidados e/ou internação domiciliar. (Origem: PRT SAS/MS 120/2009, art. 8º, § 3º)

§ 4º O valor de qualquer fórmula nutricional administrada por via oral está inserido no componente Serviços Hospitalares (SH) da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS. (Origem: PRT SAS/MS 120/2009, art. 8º, § 4º)

§ 5º Em neonatologia, a administração de alimentos, leite materno ou fórmula láctea infantil por via nasogástrica ou nasoenteral, devido à incapacidade fisiológica de sugar ou ingerir o volume necessário, compõe o valor das diárias de UTI neonatal. (Origem: PRT SAS/MS 120/2009, art. 8º, § 5º)

§ 6º O período de 30 (trinta) dias de neonatologia poderá ser estendido por até 99 (noventa e nove) dias, de acordo com a prematuridade do recém-nascido, cabendo ao gestor local autorizar a liberação de quantidade nos procedimentos de nutrição enteral e/ ou parenteral em neonatologia. (Origem: PRT SAS/MS 120/2009, art. 8º, § 6º)

Art. 123. Para efeitos desta seção, entende-se por nutrição parenteral aquela administrada por via intravenosa, sendo uma solução ou emulsão composta obrigatoriamente de aminoácidos, carboidratos, vitaminas e minerais, com ou sem administração diária de lipídios, para suprir as necessidades metabólicas e nutricionais de pacientes impossibilitados de alcançá-la por via oral ou enteral. (Origem: PRT SAS/MS 120/2009, art. 9º, caput)

Art. 124. Quando for utilizado o acesso de veia central para a instalação de nutrição parenteral, deve ser utilizado o código 04.15.04.001-9 - Cateterismo de Veia Central por Punção. (Origem: PRT SAS/MS 120/2009, art. 10, caput)

Art. 125. Quando a indicação de nutrição enteral, for por período de até 5 (cinco) dias, a via de acesso preferencial será o cateter nasogástrico. (Origem: PRT SAS/MS 120/2009, art. 12, caput)

Art. 126. O valor dos serviços hospitalares (SH) que integram os procedimentos de terapia nutricional, corresponde ao valor de todos os componentes, insumos, dietas, fórmulas, materiais especiais e os recursos humanos que forem necessários ao estabelecimento da terapia nutricional. (Origem: PRT SAS/MS 120/2009, art. 13, caput)

Art. 127. As unidades credenciadas para executar serviços de assistência de alta complexidade em terapia nutricional deverão submeter-se à regulação, controle e avaliação do gestor do SUS. (Origem: PRT SAS/MS 120/2009, art. 14, caput)

Art. 128. As empresas prestadoras de bens e/ou serviços contratadas pelos hospitais (EPBS) deverão estar autorizadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, em conformidade com a Portaria SVS/MS nº 272, 8 de abril de 1998, que aprova o Regulamento Técnico da Nutrição Parenteral e a Resolução de Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária nº 63, 6 de julho de 2000, que aprova o Regulamento Técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a terapia de nutrição enteral. (Origem: PRT SAS/MS 120/2009, art. 16, caput)

Art. 129. Os estabelecimentos habilitados em terapia nutricional, conforme normas de credenciamento/habilitação descritas no seção, deverão estar cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), dispondo do Serviço 136 e suas respectivas classificações. (Origem: PRT SAS/MS 120/2009, art. 18, caput)

Seção XI

Da Suspensão dos Parâmetros Populacionais para Habilitação em Média ou Alta Complexidade nas Áreas de Cardiologia, Oftalmologia, Nefrologia e Neurocirurgia

Art. 130. Ficam suspensos os parâmetros populacionais para habilitação, em média ou alta complexidade, das áreas de cardiologia (Portaria SAS/MS 210 de 15/06/2004), oftalmologia (Portaria SAS/MS 288 de 19/05/2008), nefrologia (Portaria SAS/MS 432 de 06/06/2006) e neurocirurgia (Portaria SAS/MS 756 de 27/12/2005). (Origem: PRT SAS/MS 433/2012, art. 1º, caput)

Art. 131. Para a habilitação em média ou alta complexidade nas áreas citadas no art. 130, serão mantidos os critérios técnicos definidos nas portarias das respectivas áreas, bem como avaliação técnica da Coordenação-Geral de Atenção Especializada (CGAE) e o contexto das Redes de Atenção à Saúde. (Origem: PRT SAS/MS 433/2012, art. 2º, caput)

Parágrafo Único. Nas regiões de saúde que já possuem estabelecimentos habilitados nas áreas citadas no art. 130, serão utilizados como critérios para habilitação de novos serviços a avaliação da capacidade instalada e a série histórica de produção desses estabelecimentos no SIA-SIH/SUS. (Origem: PRT SAS/MS 433/2012, art. 2º, parágrafo único)

Seção XII

Do Cadastramento de Centros de Referência em Tratamento da Dor Crônica

Art. 132. Ficam aprovadas, na forma do Anexo XXXV, as Normas para Cadastramento de Centros de Referência em Tratamento da Dor Crônica. (Origem: PRT SAS/MS 472/2002, art. 1º, caput)

Art. 133. Em conformidade com o estabelecido no art. 626 da Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017, as secretarias de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios adotarão as providências necessárias à implantação/organização/habilitação e cadastramento dos centros de referência em tratamento da dor crônica. (Origem: PRT SAS/MS 472/2002, art. 2º, caput)

Art. 134. Ao enviarem ao Ministério da Saúde as solicitações de cadastramento de centros de referência em tratamento da dor crônica, os estados devem seguir o estabelecido nas normas de cadastramento contidas no Anexo XXXV e adotar as providências necessárias à sua integração à rede assistencial do estado, à definição dos fluxos assistenciais, mecanismos de referência e contrarreferência e à articulação dos centros cadastrados com a rede de atenção primária à saúde. (Origem: PRT SAS/MS 472/2002, art. 3º, caput)

CAPÍTULO II

DO TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO (TFD)

Art. 135. Fica estabelecido que as despesas relativas ao deslocamento de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) para tratamento fora do município de residência possam ser cobradas por intermédio do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), observado o teto financeiro definido para cada município/estado. (Origem: PRT SAS/MS 55/1999, art. 1º, caput)

§ 1º O pagamento das despesas relativas ao deslocamento em tratamento fora do domicílio (TFD) só será permitido quando esgotados todos os meios de tratamento no próprio município. (Origem: PRT SAS/MS 55/1999, art. 1º, § 1º)

§ 2º O TFD será concedido, exclusivamente, a pacientes atendidos na rede pública ou conveniada/contratada do SUS. (Origem: PRT SAS/MS 55/1999, art. 1º, § 2º)

§ 3º Fica vedada a autorização de TFD para acesso de pacientes a outro município para tratamentos que utilizem procedimentos assistenciais contidos no Piso da Atenção Básica (PAB). (Origem: PRT SAS/MS 55/1999, art. 1º, § 3º)

§ 4º Fica vedado o pagamento de diárias a pacientes encaminhados por meio de TFD que permaneçam hospitalizados no município de referência. (Origem: PRT SAS/MS 55/1999, art. 1º, § 4º)

§ 5º Fica vedado o pagamento de TFD em deslocamentos menores do que 50 Km (cinquenta quilômetros) de distância e em regiões metropolitanas. (Origem: PRT SAS/MS 55/1999, art. 1º, § 5º)

Art. 136. O TFD só será autorizado quando houver garantia de atendimento no município de referência com horário e data definidos previamente. (Origem: PRT SAS/MS 55/1999, art. 2º, caput)

Art. 137. A referência de pacientes a serem atendidos pelo TFD deve ser explicitada na programação pactuada integrada (PPI) de cada município. (Origem: PRT SAS/MS 55/1999, art. 3º, caput)

Art. 138. As despesas permitidas pelo TFD são aquelas relativas a transporte aéreo, terrestre e fluvial; diárias para alimentação e pernoite para paciente e acompanhante, devendo ser autorizadas de acordo com a disponibilidade orçamentária do município/estado. (Origem: PRT SAS/MS 55/1999, art. 4º, caput)

Parágrafo Único. A autorização de transporte aéreo para pacientes/acompanhantes será precedida de rigorosa análise dos gestores do SUS. (Origem: PRT SAS/MS 55/1999, art. 4º, parágrafo único)

Art. 139. Caberá as secretarias de estado da saúde (SES) propor às respectivas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) a estratégia de gestão entendida como: (Origem: PRT SAS/MS 55/1999, art. 5º, caput)

I - definição de responsabilidades da SES e das secretarias municipais de saúde (SMS) para a autorização do TFD; (Origem: PRT SAS/MS 55/1999, art. 5º, I)

II - estratégia de utilização com o estabelecimento de critérios, rotinas e fluxos, de acordo com a realidade de cada região e definição dos recursos financeiros destinados ao TFD. (Origem: PRT SAS/MS 55/1999, art. 5º, II)

Parágrafo Único. A normatização acordada será sistematizada em Manual Estadual de TFD aprovado em CIB, e disponibilizada, posteriormente, no sítio oficial da secretaria de estado da saúde, para conhecimento. (Origem: PRT SAS/MS 55/1999, art. 5º, parágrafo único)

Art. 140. A solicitação de TFD deverá ser feita pelo médico assistente do paciente nas unidades assistenciais vinculadas ao SUS e autorizada por comissão nomeada pelo respectivo gestor municipal/estadual, que solicitará, se necessário, exames ou documentos que complementem a análise de cada caso. (Origem: PRT SAS/MS 55/1999, art. 6º, caput)

Art. 141. Será permitido o pagamento de despesas para deslocamento de acompanhante nos casos em que houver indicação médica, esclarecendo o porquê da impossibilidade do paciente se deslocar desacompanhado. (Origem: PRT SAS/MS 55/1999, art. 7º, caput)

Art. 142. Quando o paciente/acompanhante retornar ao município de origem no mesmo dia, serão autorizadas, apenas, passagem e ajuda de custo para alimentação. (Origem: PRT SAS/MS 55/1999, art. 8º, caput)

Art. 143. Em caso de óbito do usuário em tratamento fora do domicílio, a secretaria de saúde do estado/município de origem se responsabilizará pelas despesas decorrentes. (Origem: PRT SAS/MS 55/1999, art. 9º, caput)

Art. 144. O valor a ser pago ao paciente/acompanhante para cobrir as despesas de transporte é calculado com base no valor unitário pago a cada 50 (cinquenta) km para transporte terrestre, 27 (vinte e sete) milhas náuticas para o transporte fluvial ou 200 (duzentas) milhas para transporte aéreo percorrido. (Origem: PRT SAS/MS 55/1999, art. 13, caput)

Art. 145. Os comprovantes das despesas relativas ao TFD deverão ser organizados e disponibilizados aos órgãos de controle do SUS. (Origem: PRT SAS/MS 55/1999, art. 15, caput)

Art. 146. As secretarias estaduais/municipais de saúde deverão organizar o controle e a avaliação do TFD, de modo a manter disponível a documentação comprobatória das despesas, de acordo com o manual estadual de TFD. (Origem: PRT SAS/MS 55/1999, art. 16, caput)

Art. 147. As SES/SMS deverão proceder o cadastramento/recadastramento das unidades autorizadas de TFD, observando a codificação de serviço/classificação criados. (Origem: PRT SAS/MS 55/1999, art. 17, caput)

CAPÍTULO III

DAS CENTRAIS NACIONAL E ESTADUAIS DE REGULAÇÃO

Seção I

Do Regulamento Técnico da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC) e das Centrais Estaduais de Regulação de Alta Complexidade (CERAC)

Art. 148. Fica reformulado o regulamento técnico da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC) e das Centrais Estaduais de Regulação de Alta Complexidade (CERAC), visando aperfeiçoar e otimizar os fluxos e processos de trabalho, bem como reforçar o caráter eletivo dos atendimentos, os critérios de solicitação e as atribuições de cada estrutura operacional. (Origem: PRT SAS/MS 688/2017, art. 1º, caput)

Seção II

Da Organização da CNRAC, da CERAC e do Hospital Consultor

Subseção I

Da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC)

Art. 149. A Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC), instituída no âmbito da Secretaria da Atenção Especializada à Saúde (SAES), Departamento de Regulação, Avaliação e Controle (DRAC), tem por objetivo intermediar a referência interestadual de usuários que necessitam de assistência de alta complexidade, considerando o caráter eletivo do atendimento e o elenco de procedimentos definido na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses do Sistema Único de Saúde (Tabela SUS) com atributo CNRAC. (Origem: PRT SAS/MS 688/2017, art. 2º, caput)

§ 1º O sistema de informação SISCNRAC é utilizado para o gerenciamento dos dados referentes ao fluxo assistencial de usuários do SUS, encaminhados por meio da CNRAC. (Origem: PRT SAS/MS 688/2017, art. 2º, § 1º)

§ 2º Os procedimentos com atributo CNRAC estão relacionados às seguintes especialidades: (Origem: PRT SAS/MS 688/2017, art. 2º, § 2º)

I - cardiologia; (Origem: PRT SAS/MS 688/2017, art. 2º, § 2º, I)

II - neurologia; (Origem: PRT SAS/MS 688/2017, art. 2º, § 2º, II)

III - oncologia; (Origem: PRT SAS/MS 688/2017, art. 2º, § 2º, III)

IV - traumatologia e ortopedia. (Origem: PRT SAS/MS 688/2017, art. 2º, § 2º, IV)

Subseção II

Da Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade (CERAC)

Art. 150. A Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade (Cerac), instituída no âmbito da secretaria de estado da saúde (SES), tem por objetivo planejar e organizar o fluxo assistencial de usuários que necessitam de procedimentos de alta complexidade, com atributo CNRAC, em conformidade com as estratégias de regulação do acesso instituídas no território. (Origem: PRT SAS/MS 688/2017, art. 3º, caput)

§ 1º A Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade (Cerac) será uma unidade operacional do complexo regulador estadual e, no desempenho de suas funções, atuará como solicitante e/ou como executante. (Origem: PRT SAS/MS 688/2017, art. 3º, § 1º)

§ 2º A Cerac deve ser cadastrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e dispor, obrigatoriamente, de profissional médico regulador para análise dos laudos de solicitação. (Origem: PRT SAS/MS 688/2017, art. 3º, § 2º)

§ 3º A Cerac desempenhará suas atividades, de forma integrada, com as unidades de saúde solicitantes e executantes, no âmbito do território. (Origem: PRT SAS/MS 688/2017, art. 3º, § 3º)

I - unidade solicitante é o estabelecimento de saúde responsável por indicar o procedimento e inserir o laudo de solicitação no SISCNRAC. (Origem: PRT SAS/MS 688/2017, art. 3º, § 3º, I)

II - unidade executante é o estabelecimento de saúde responsável por executar o procedimento solicitado. (Origem: PRT SAS/MS 688/2017, art. 3º, § 3º, II)

Subseção III

Do Hospital Consultor

Art. 151. O hospital consultor é o estabelecimento de saúde que assessora a CNRAC na execução de suas atividades. São eles: (Origem: PRT SAS/MS 688/2017, art. 4º, caput)

I - Instituto Nacional de Cardiologia (MS/INC), Rio de Janeiro/RJ (cardiologia); (Origem: PRT SAS/MS 688/2017, art. 4º, I)

II - Hospital Cristo Redentor, Porto Alegre/RS (neurologia); (Origem: PRT SAS/MS 688/2017, art. 4º, II)

III - Hospital das Clínicas da Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do Hospital das Clínicas, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (FAEPA), Ribeirão Preto/SP (neurologia, procedimentos referentes à epilepsia); (Origem: PRT SAS/MS 688/2017, art. 4º, III)

IV - Instituto Nacional do Câncer (MS/Inca), Rio de Janeiro/RJ (oncologia); (Origem: PRT SAS/MS 688/2017, art. 4º, IV)

V - Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad (MS/Into), Rio de Janeiro/RJ (traumatologia e ortopedia). (Origem: PRT SAS/MS 688/2017, art. 4º, V)

Seção III

Das Atribuições da CNRAC, da CERAC e do Hospital Consultor

Art. 152. São atribuições da CNRAC: (Origem: PRT SAS/MS 688/2017, art. 5º, caput)

I - intermediar a referência interestadual de usuários que necessitam de assistência de alta complexidade, de caráter eletivo, considerando o elenco de procedimentos com atributo CNRAC; (Origem: PRT SAS/MS 688/2017, art. 5º, I)

II - estabelecer critérios de inclusão de laudos de solicitação, com o apoio das áreas técnicas do Ministério da Saúde e hospitais consultores; (Origem: PRT SAS/MS 688/2017, art. 5º, II)

III - articular e pactuar com as Cerac a inclusão de serviços de saúde habilitados para atendimento dos usuários encaminhados pela CNRAC; (Origem: PRT SAS/MS 688/2017, art. 5º, III)

IV - participar de estudos que visam a inclusão ou exclusão de procedimentos no elenco da CNRAC, com o apoio das áreas técnicas do Ministério da Saúde e hospitais consultores; (Origem: PRT SAS/MS 688/2017, art. 5º, IV)

V - apoiar as Cerac na execução do processo de trabalho; (Origem: PRT SAS/MS 688/2017, art. 5º, V)

VI - operacionalizar o SISCNRAC e manter as informações atualizadas; (Origem: PRT SAS/MS 688/2017, art. 5º, VI)

VII - monitorar, continuamente, os laudos inseridos no sistema. (Origem: PRT SAS/MS 688/2017, art. 5º, VII)

Art. 153. São atribuições da Cerac solicitante: (Origem: PRT SAS/MS 688/2017, art. 6º, caput)

I - avaliar os laudos de solicitação inseridos no SISCNRAC, considerando os critérios de inclusão estabelecidos; (Origem: PRT SAS/MS 688/2017, art. 6º, I)

II - informar à CNRAC as pactuações interestaduais estabelecidas, com o objetivo de orientar o direcionamento dos laudos de solicitação; (Origem: PRT SAS/MS 688/2017, art. 6º, II)

III - articular com o setor competente da SES as condições de deslocamento do usuário para atendimento, bem como seu retorno após a alta hospitalar; (Origem: PRT SAS/MS 688/2017, art. 6º, III)

IV - articular com as estratégias de regulação do acesso instituídas no território, os procedimentos prévios e a continuidade da assistência após o atendimento realizado por meio da CNRAC; (Origem: PRT SAS/MS 688/2017, art. 6º, IV)

V - operacionalizar o SISCNRAC e manter as informações atualizadas; (Origem: PRT SAS/MS 688/2017, art. 6º, V)

VI - monitorar, continuamente, os laudos inseridos no sistema, a partir de sua inserção até a finalização do atendimento. (Origem: PRT SAS/MS 688/2017, art. 6º, VI)

Art. 154. São atribuições das unidades solicitantes: (Origem: PRT SAS/MS 688/2017, art. 7º, caput)

I - inserir o laudo de solicitação no SISCNRAC, de acordo com os critérios estabelecidos; (Origem: PRT SAS/MS 688/2017, art. 7º, I)

II - operacionalizar o SISCNRAC e manter as informações atualizadas; (Origem: PRT SAS/MS 688/2017, art. 7º, II)

III - monitorar, continuamente, os laudos inseridos no sistema. (Origem: PRT SAS/MS 688/2017, art. 7º, III)

Parágrafo Único. O laudo de solicitação também poderá ser inserido pela Cerac solicitante, de acordo com a organização local. (Origem: PRT SAS/MS 688/2017, art. 7º, parágrafo único)

Art. 155. São atribuições da Cerac executante: (Origem: PRT SAS/MS 688/2017, art. 8º, caput)

I - articular com as estratégias de regulação do acesso, instituídas no território, o agendamento dos atendimentos dos usuários encaminhados pela CNRAC; (Origem: PRT SAS/MS 688/2017, art. 8º, I)

II - articular a inclusão de serviços de saúde habilitados para atendimento dos usuários encaminhados pela CNRAC; (Origem: PRT SAS/MS 688/2017, art. 8º, II)

III - informar a relação dos estabelecimentos de saúde que realizam atendimentos para a CNRAC; (Origem: PRT SAS/MS 688/2017, art. 8º, III)

IV - definir, com os estabelecimentos de saúde executantes, os fluxos assistenciais e administrativos decorrentes do atendimento aos usuários encaminhados pela CNRAC; (Origem: PRT SAS/MS 688/2017, art. 8º, IV)

V - operacionalizar o SISCNRAC e manter as informações atualizadas; (Origem: PRT SAS/MS 688/2017, art. 8º, V)

VI - monitorar, continuamente, os laudos inseridos no sistema. (Origem: PRT SAS/MS 688/2017, art. 8º, VI)

Art. 156. São atribuições das unidades executantes: (Origem: PRT SAS/MS 688/2017, art. 9º, caput)

I - executar os procedimentos agendados; (Origem: PRT SAS/MS 688/2017, art. 9º, I)

II - informar a Cerac executante, em até 15 (quinze) dias, a partir da data do recebimento do laudo, quando da impossibilidade de atendimento; (Origem: PRT SAS/MS 688/2017, art. 9º, II)

III - operacionalizar o SISCNRAC e manter as informações atualizadas; (Origem: PRT SAS/MS 688/2017, art. 9º, III)

IV - monitorar, continuamente, os laudos inseridos no sistema. (Origem: PRT SAS/MS 688/2017, art. 9º, IV)

Art. 157. São atribuições do hospital consultor: (Origem: PRT SAS/MS 688/2017, art. 10, caput)

I - avaliar os laudos de solicitação, a indicação e o caráter eletivo do atendimento, mediante os critérios estabelecidos; (Origem: PRT SAS/MS 688/2017, art. 10, I)

II - apoiar a CNRAC na elaboração de orientações técnicas e critérios para inclusão de laudos; (Origem: PRT SAS/MS 688/2017, art. 10, II)

III - participar de estudos que visam a inclusão ou exclusão de procedimentos no elenco da CNRAC; (Origem: PRT SAS/MS 688/2017, art. 10, III)

IV - emitir parecer técnico quando solicitado pela CNRAC; (Origem: PRT SAS/MS 688/2017, art. 10, IV)

V - operacionalizar o SISCNRAC e manter as informações atualizadas. (Origem: PRT SAS/MS 688/2017, art. 10, V)

Parágrafo Único. Os hospitais consultores atuarão, também, como unidades executantes da CNRAC. (Origem: PRT SAS/MS 688/2017, art. 10, parágrafo único)

Seção IV

Dos Critérios de Solicitação à CNRAC

Art. 158. Somente serão inseridos laudos de solicitação para usuários que necessitam de atendimento de caráter estritamente eletivo, considerando o elenco de procedimentos definido na Tabela SUS com atributo CNRAC. (Origem: PRT SAS/MS 688/2017, art. 11, caput)

§ 1º O procedimento não contemplado no elenco da CNRAC e o atendimento que possuir caráter de urgência e emergência, não devem ser inseridos na CNRAC e, quando necessário, devem ser objeto de pactuação entre os estados solicitantes e executantes. (Origem: PRT SAS/MS 688/2017, art. 11, § 1º)

§ 2º Quando verificado o descumprimento do caput, o hospital consultor deve negar o laudo de solicitação, com a devida justificativa. (Origem: PRT SAS/MS 688/2017, art. 11, § 2º)

Art. 159. Para efeito deste capítulo considera-se: (Origem: PRT SAS/MS 688/2017, art. 12, caput)

I - atendimento eletivo: procedimento terapêutico executável em ambiente ambulatorial ou hospitalar, com diagnóstico estabelecido e com possibilidade de agendamento prévio, sem caráter de urgência ou emergência; (Origem: PRT SAS/MS 688/2017, art. 12, I)

II - urgência: ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de morte, cujo portador necessita de assistência médica imediata; (Origem: PRT SAS/MS 688/2017, art. 12, II)

III - emergência: a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de morte ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato. (Origem: PRT SAS/MS 688/2017, art. 12, III)

Art. 160. Os procedimentos que compõem o elenco da CNRAC são aqueles que possuem atributo CNRAC na Tabela SUS. (Origem: PRT SAS/MS 688/2017, art. 13, caput)

§ 1º A partir de estudos de necessidade e de viabilidade, realizados, no âmbito da SAES/MS, outros procedimentos poderão compor o elenco da CNRAC. (Origem: PRT SAS/MS 688/2017, art. 13, § 1º)

§ 2º Os procedimentos da CNRAC serão financiados com os recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec). (Origem: PRT SAS/MS 688/2017, art. 13, § 2º)

Art. 161. A CNRAC possui série numérica específica das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) e das Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade (Apac). (Origem: PRT SAS/MS 688/2017, art. 14, caput)

Parágrafo Único. No processamento da AIH/Apac será observada a compatibilidade entre a série numérica e os procedimentos constantes do elenco da CNRAC. (Origem: PRT SAS/MS 688/2017, art. 14, parágrafo único)

Art. 162. Os laudos de solicitação serão inseridos no SISCNRAC somente quando houver inexistência de serviço de saúde habilitado, pelo Ministério da Saúde, no âmbito do Estado. (redação dada pela PRT SAES/MS 225/2021) (Origem: PRT SAS/MS 688/2017, art. 15, caput)

Seção V

Das Disposições finais

Art. 163. Poderão ser definidos como hospitais consultores, para assessorar a CNRAC, outros estabelecimentos de saúde de acordo com a inclusão de novos procedimentos. (Origem: PRT SAS/MS 688/2017, art. 16, caput)

Art. 164. Serão disponibilizadas, no SISCNRAC, sítio <https://wiki.saude.gov.br/CNRAC>, as orientações técnicas para encaminhamento de laudos de solicitação. (Origem: PRT SAS/MS 688/2017, art. 18, caput)

CAPÍTULO IV

DOS CRITÉRIOS TÉCNICOS PARA A INDICAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO DE LITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA

Art. 165. Ficam estabelecidos os seguintes critérios técnicos para a indicação da litotripsia extracorpórea no SIH/SUS e SIA/SUS, de acordo com a orientação do Departamento de Endourologia da Sociedade Brasileira de Urologia: (Origem: POC SE/MS,SAS/MS 47/2001, art. 1º, caput)

I - evidências radiológicas: RX simples, urografia excretora (cálculos opacos), ultrassonografia (cálculos transparentes); (Origem: POC SE/MS,SAS/MS 47/2001, art. 1º, I)

II - cálculos menores de 400mm² (quatrocentos milímetros quadrados) ou 2,5cm (dois centímetros e meio) em seu maior diâmetro, exceto nas condições estabelecidas no art. 167, III; (Origem: POC SE/MS,SAS/MS 47/2001, art. 1º, II)

III - segunda aplicação para o mesmo cálculo somente quando houver fragmentação e eliminação de ao menos 40% (quarenta por cento) do volume calculoso inicial; (Origem: POC SE/MS,SAS/MS 47/2001, art. 1º, III)

IV - existência de via excretora compatível para eliminação dos fragmentos; (Origem: POC SE/MS,SAS/MS 47/2001, art. 1º, IV)

V - cálculos coraliformes em crianças em serviços que disponham de anestesista habilitado no manuseio de pacientes de reduzida idade e baixo peso corporal; e instrumental endoscópico para solucionar possíveis intercorrências. (Origem: POC SE/MS,SAS/MS 47/2001, art. 1º, V)

Art. 166. São as seguintes contraindicações absolutas para litotripsia extracorpórea: (Origem: POC SE/MS,SAS/MS 47/2001, art. 2º, caput)

I - gravidez; (Origem: POC SE/MS,SAS/MS 47/2001, art. 2º, I)

II - infecção urinária e sepse; (Origem: POC SE/MS,SAS/MS 47/2001, art. 2º, II)

III - obstrução de via excretora que venha impedir a eliminação de fragmentos; (Origem: POC SE/MS,SAS/MS 47/2001, art. 2º, III)

IV - cálculos coraliformes em pacientes adultos; (Origem: POC SE/MS,SAS/MS 47/2001, art. 2º, IV)

V - cálculos em divertículos caliciais; (Origem: POC SE/MS,SAS/MS 47/2001, art. 2º, V)

VI - cálculos no grupo calicial inferior, quando o ângulo do infundíbulo pélvico for < a 90° (noventa graus). (Origem: POC SE/MS,SAS/MS 47/2001, art. 2º, VI)

Art. 167. São os seguintes critérios para utilização do cateter duplo J: (Origem: POC SE/MS,SAS/MS 47/2001, art. 3º, caput)

I - rim único, com cálculos; (Origem: POC SE/MS,SAS/MS 47/2001, art. 3º, I)

II - após manipulação endoscópica do cálculo, quando existir edema ou traumatismo na via excretora, quer pela doença inicial, quer pela instrumentação; (Origem: POC SE/MS,SAS/MS 47/2001, art. 3º, II)

III - cálculos com volume superior a 400mm² (quatrocentos milímetros quadrados) ou 2,5cm (dois centímetros e meio) em seu maior diâmetro e as condições clínicas do paciente contraindiquem outros métodos de tratamento, exceto a litotripsia extracorpórea; (Origem: POC SE/MS,SAS/MS 47/2001, art. 3º, III)

IV - cirurgias convencionais ou uro-endoscópicas onde existe necessidade de manter a permeabilidade da via excretora; (Origem: POC SE/MS,SAS/MS 47/2001, art. 3º, IV)

V - "drenagem interna" em neoplasias pélvicas. (Origem: POC SE/MS,SAS/MS 47/2001, art. 3º, V)

Art. 168. Fica definida como "região renal" a região do órgão onde está localizado um ou mais cálculos e que possa ser coberta pela área focal do equipamento de litotripsia. (Origem: POC SE/MS,SAS/MS 47/2001, art. 6º, caput)

Art. 169. Para a realização dos procedimentos constantes dos artigos deste capítulo, o profissional médico deverá ser portador de título de especialista, outorgado pela Sociedade Brasileira de Urologia/Associação Médica Brasileira. (Origem: POC SE/MS,SAS/MS 47/2001, art. 7º, caput)

Parágrafo Único. O profissional médico, conforme qualificação supracitada que realiza os procedimentos de litotripsia extracorpórea por ondas de choque (LECO), fica responsável pela continuidade do tratamento e atendimentos emergenciais decorrentes das complicações próprias até a alta definitiva do paciente. (Origem: POC SE/MS,SAS/MS 47/2001, art. 7º, parágrafo único)

Art. 170. Fica regulamentada utilização de formulários/instrumentos utilizados para operacionalização dos procedimentos de litotripsia extracorpórea: (Origem: POC SE/MS,SAS/MS 47/2001, art. 9º, caput)

I - Apac-II/Meio Magnético - instrumento destinado ao registro de informações, identificação de pacientes e cobrança dos procedimentos ambulatoriais de alta complexidade/custo. (Origem: POC SE/MS,SAS/MS 47/2001, art. 9º, III)

§ 1º Os gestores estaduais/municipais poderão estabelecer layout próprio do laudo médico e definir outras informações complementares que se fizerem necessárias, desde que mantenham as informações estabelecidas no layout do laudo constante do Anexo I da Portaria Conjunta SE/MS,SAS/MS 47, de 13/08/2001. (Origem: POC SE/MS,SAS/MS 47/2001, art. 9º, § 1º)

§ 2º Somente os profissionais médicos não vinculados à rede SUS como prestadores de serviços poderão ser autorizadores. (Origem: POC SE/MS,SAS/MS 47/2001, art. 9º, § 3º)

§ 3º Será permitido quando necessário, solicitar no mesmo laudo médico o procedimento 04.09.01.017-0 - Instalação Endoscópica de Cateter Duplo J com um dos procedimentos de LECO. (Origem: POC SE/MS,SAS/MS 47/2001, art. 9º, § 4º)

Art. 171. Fica estabelecido que permanece a utilização do número do Cadastro de Pessoa Física (CPF), para identificar os pacientes nos documentos/instrumentos: laudo médico para emissão de Apac, Apac-I/Formulário, Apac-II/Meio-Magnético. (Origem: POC SE/MS,SAS/MS 47/2001, art. 10, caput)

Parágrafo Único. Não é obrigatório o seu registro para os pacientes que até a data da realização do procedimento não possuam esta documentação, pois os mesmos serão identificados nominalmente. (Origem: POC SE/MS,SAS/MS 47/2001, art. 10, parágrafo único)

Art. 172. As unidades que vieram a integrar-se ao SIA/SUS para a realização dos procedimentos de litotripsia extracorpórea, deverão seguir as normas estabelecidas neste capítulo. (Origem: POC SE/MS,SAS/MS 47/2001, art. 11, caput)

Art. 173. Os procedimentos referentes aos tratamentos subsequentes de litíase (códigos 03.09.03.010-2 e 03.09.03.011-0) só serão autorizados quando houver evidência radiológica de que na 1ª (primeira) aplicação de litotripsia extracorpórea ocorreu a fragmentação e eliminação de pelo menos 40% (quarenta por cento) do volume do(s) cálculo(s). (Origem: POC SE/MS,SAS/MS 47/2001, art. 13, caput)

Art. 174. O procedimento de código 07.02.06.001-1 - Cateter Duplo J é secundário e não necessita de emissão de Apac-I/Formulário para sua realização. (Origem: POC SE/MS,SAS/MS 47/2001, art. 14, caput)

Art. 175. Os procedimentos discriminados nos Anexos XXXVI e XXXVII poderão ser autorizados numa mesma competência observando-se o intervalo para os tratamentos subsequentes. (Origem: POC SE/MS,SAS/MS 47/2001, art. 15, parágrafo único)

Art. 176. A Apac-II/Meio-Magnético Única abrange o período compreendido entre a data de início e fim de validade da Apac-I/Formulário e a cobrança dos procedimentos é efetuada neste período somente no mês da realização do procedimento. (Origem: POC SE/MS,SAS/MS 47/2001, art. 16, parágrafo único)

Art. 177. Fica determinado que o procedimento secundário de código 07.02.06.001-1 - CATETER DUPLO J será cobrado junto na Apac-II/Meio-Magnético com o procedimento principal Instalação Endoscópica de Cateter Duplo J. (Origem: POC SE/MS,SAS/MS 47/2001, art. 17, caput)

Art. 178. Fica definido que ApacII/Meio-Magnético poderá ser encerrada com os códigos discriminados abaixo de acordo com a Tabela de Motivo de Cobrança do SIA/SUS: (Origem: POC SE/MS,SAS/MS 47/2001, art. 18, caput)

I - Código 1.2: Alta Melhorado; (Origem: POC SE/MS,SAS/MS 47/2001, art. 18, I)

II - Código 1.1: Alta Curado; (Origem: POC SE/MS,SAS/MS 47/2001, art. 18, II)

III - Código 2.6: Por mudança de procedimento. (Origem: POC SE/MS,SAS/MS 47/2001, art. 18, III)

Art. 179. Devem ser utilizadas para o registro das informações dos procedimentos as Tabelas do Sistema Apac/SIA, relacionadas da seguinte forma: (Origem: POC SE/MS,SAS/MS 47/2001, art. 19, caput)

I - Tabela Motivo de Saída/Permanência. (Origem: POC SE/MS,SAS/MS 47/2001, art. 19, I)

Art. 180. Fica definido que o Departamento de Informática do SUS (DATASUS) disponibilizará, no site do SIA/SUS - http://sia.datasus.gov.br/versao/listar_ftp_apac.php, a aplicação APAC, a ser utilizada pelos prestadores de serviço. (Origem: POC SE/MS,SAS/MS 47/2001, art. 20, caput)

Art. 181. As unidades prestadoras de serviços deverão manter arquivada a Apac-I/Formulário autorizada, o Relatório Demonstrativo de Apac-II/Meio-Magnético correspondente para fins de consulta da auditoria. (Origem: POC SE/MS,SAS/MS 47/2001, art. 21, caput)

Art. 182. É de responsabilidade dos gestores estaduais e municipais, dependendo das prerrogativas e competências compatíveis com o nível de gestão, efetuarem o acompanhamento, controle, avaliação e auditoria que permitam garantir o cumprimento deste capítulo. (Origem: POC SE/MS,SAS/MS 47/2001, art. 22, caput)

Art. 183. O procedimento 04.09.01.017-O - INSTALACAO ENDOSCOPICA DE CATETER DUPLO J da tabela SIH/SUS passa a ser caracterizado como ato médico, de acordo com a Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013 (Lei do Ato Médico). Não permite a emissão de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) para o procedimento, devendo o lançamento do mesmo ser efetuado no campo serviços profissionais da AIH. (Origem: POC SE/MS,SAS/MS 47/2001, art. 23, caput)

CAPÍTULO V

DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE PARA AS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Seção I

Do Atestado e Relatório da Equipe Multiprofissional para a Identificação das Pessoas com Deficiência para a Concessão do Passe Livre

Art. 184. Fica instituído, na forma do Anexo XXXVIII, o "Atestado e relatório da equipe multiprofissional para a identificação das pessoas com deficiência no Sistema Único de Saúde", a ser utilizado para a concessão do Passe Livre. (Origem: PRT SAS/MS 502/2009, art. 1º, caput)

Art. 185. Cabe aos gestores estaduais e municipais a adoção das providências necessárias à efetiva operacionalização do disposto nesta seção, definindo as instituições da rede de serviços do Sistema Único de Saúde, para a emissão do Atestado de que trata o art. 184. (Origem: PRT SAS/MS 502/2009, art. 2º, caput)

TÍTULO III

DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM ATENÇÃO À SAÚDE

CAPÍTULO I

DOS CONCEITOS APLICÁVEIS AOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Art. 186. Para os fins deste capítulo devem ser observados os seguintes conceitos: (Origem: PRT SAS/MS 421/2007, art. 1º, caput)

I - cirurgia múltipla: são atos cirúrgicos sem vínculo de continuidade, interdependência ou complementaridade, realizado em conjunto pela mesma equipe ou equipes distintas, aplicados a órgão único ou diferentes órgãos localizados em região anatômica única ou regiões diversas, bilaterais ou não, devidos a diferentes doenças, executados através de única ou várias vias de acesso e praticados sob o mesmo ato anestésico; (Origem: PRT SAS/MS 421/2007, art. 1º, I)

II - procedimentos sequenciais: são atos cirúrgicos com vínculo de continuidade, interdependência e complementaridade, realizados em conjunto pela mesma equipe ou equipes distintas, aplicados a órgão único ou região anatômica única ou regiões contíguas, bilaterais ou não, devidos à mesma doença, executados através de única ou várias vias de acesso e praticados sob o mesmo ato anestésico; (Origem: PRT SAS/MS 421/2007, art. 1º, II)

III - cirurgias em politraumatizado: são cirurgias múltiplas ou procedimentos sequenciais procedidos em indivíduo que sofre traumatismo seguido de lesões que, ao acometer múltiplos órgãos (fígado, baço, pulmão etc.) ou sistemas corporais (circulatório, nervoso, respiratório, musculoesquelético, etc.), podem pôr em risco a vida, pela gravidade de uma ou mais lesões. (Origem: PRT SAS/MS 421/2007, art. 1º, III)

Parágrafo Único. Os conceitos de que trata este capítulo não se aplicam aos procedimentos cuja descrição já explicita bilateralidade. (Origem: PRT SAS/MS 421/2007, art. 1º, § 1º)

Art. 187. As regras vigentes para a informação e ressarcimento de cirurgia múltipla também se aplicam a procedimentos sequenciais. (Origem: PRT SAS/MS 421/2007, art. 1º, § 2º)

Art. 188. Fica determinado que compete ao Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS/SE/MS) garantir a consistência entre os relacionamentos definidos entre procedimentos e órtese, prótese e materiais especiais (OPM) e a quantidade definida para cada procedimento cirúrgico realizado, bem como entre os procedimentos sequenciais já estabelecidos e por instituir por meio de portarias específicas. (Origem: PRT SAS/MS 421/2007, art. 2º, caput)

CAPÍTULO II

DAS DIRETRIZES DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM ATENÇÃO À SAÚDE

Seção I

Da Diretrizes para a Operacionalização dos Sistemas de Informação de Atenção à Saúde

Subseção I

Da Documentação dos Sistemas de Informação de Atenção à Saúde

Art. 189. Fica instituída a documentação oficial do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), do Conjunto Mínimo de Dados da Atenção à Saúde (CMD), do Repositório de Terminologias em Saúde (RTS) e do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (SIGTAP). (Origem: PRT SAS/MS 1701/2018, art. 1º, caput)

§ 1º Esta documentação compreende o conjunto de todos os documentos e informações relacionadas a esses sistemas de informação, tais como: normas relacionadas, orientações técnicas e operacionais, termos e definições de referência, regras de negócio, entre outros. (Origem: PRT SAS/MS 1701/2018, art. 1º, § 1º)

§ 2º O objetivo desta documentação é disponibilizar, de forma estruturada e de fácil acesso, todas as informações necessárias sobre o funcionamento e as boas práticas a serem adotadas na operação desses sistemas. (Origem: PRT SAS/MS 1701/2018, art. 1º, § 2º)

Art. 190. A documentação será mantida em formato eletrônico, estando disponível nos seguintes endereços eletrônicos: (Origem: PRT SAS/MS 1701/2018, art. 2º, caput)

I - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES): cnes.saude.gov.br/wiki; (Origem: PRT SAS/MS 1701/2018, art. 2º, I)

II - Conjunto Mínimo de Dados da Atenção à Saúde (CMD): cmd.saude.gov.br/wiki; (Origem: PRT SAS/MS 1701/2018, art. 2º, II)

III - Repositório de Terminologias em Saúde (RTS): rts.saude.gov.br/wiki; (Origem: PRT SAS/MS 1701/2018, art. 2º, III)

IV - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (SIGTAP): wiki.saude.gov.br/sigtap. (Origem: PRT SAS/MS 1701/2018, art. 2º, IV)

Art. 191. Caberá à Coordenação-Geral de Gestão de Sistemas de Informações em Saúde do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle (CGSI/DRAC/SAES/MS) a manutenção e a atualização das documentações dos referidos sistemas nos endereços eletrônicos relacionados no art. 190. (Origem: PRT SAS/MS 1701/2018, art. 3º, caput)

Subseção II

Do Fluxo para Envio das Bases de Dados dos Sistemas de Informação de Atenção à Saúde: SCNES, SIA, SIH e CIHA

Art. 192. Fica definido o fluxo para envio das bases de dados dos Sistemas de Informação de Atenção à Saúde: SCNES, SIA, SIH e CIHA. (Origem: PRT SAS/MS 147/2012, art. 1º, caput)

§ 1º Os gestores estaduais, municipais e do Distrito Federal devem encaminhar as bases de dados do SCNES, SIA, SIH e CIHA ao Departamento de Informática do SUS (DATASUS/SE/MS) por meio do MÓDULO TRANSMISSOR SIMULTÂNEO, conforme Portaria Conjunta SAS/SE/MS nº 49, de 4 de julho de 2006. (Origem: PRT SAS/MS 147/2012, art. 1º, § 1º)

§ 2º Os gestores estaduais, municipais e do Distrito Federal devem monitorar as remessas das bases de dados do SCNES no site <http://cnes.datasus.gov.br> e providenciar a correção das rejeições até a data limite constante no Cronograma, disponível no mesmo endereço eletrônico. (Origem: PRT SAS/MS 147/2012, art. 1º, § 3º)

§ 3º Os gestores estaduais, municipais e do Distrito Federal devem monitorar as remessas das bases de dados do SIA, SIH e CIHA pelos sites: <http://sia.datasus.gov.br>; <http://sih.datasus.gov.br> e <http://ciha.datasus.gov.br>, observando se recebeu a mensagem do DATASUS que confirma o "recebimento com sucesso" do arquivo enviado. (Origem: PRT SAS/MS 147/2012, art. 1º, § 4º)

§ 4º Os gestores estaduais, municipais e do Distrito Federal devem acompanhar e verificar posteriormente nestes sítios, se houve alguma rejeição nas remessas enviadas, providenciando o reenvio imediato da remessa com as devidas correções.

Art. 193. Compete aos gestores dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, responsáveis pelo envio das bases ao DATASUS/SE/MS, determinar as datas limites de entrega dos arquivos de produção, por parte dos prestadores. (Origem: PRT SAS/MS 147/2012, art. 4º, § 4º)

Art. 194. As transferências dos recursos Faec serão efetuadas em conformidade com as informações extraídas dos arquivos do banco de dados nacional do SIA e SIH e transmitidas pelo DATASUS/SE/MS ao DRAC/SAES/MS. (Origem: PRT SAS/MS 147/2012, art. 5º, caput)

Parágrafo Único. Estabelecer que somente serão repassados os recursos aos estados e municípios que enviarem os relatórios no prazo de até 3 (três) meses após o processamento da referida competência. (Origem: PRT SAS/MS 406/2003, art. 1º, caput)

Art. 195. Cabe à CGSI/DRAC/SAES/MS adotar as providências necessárias junto ao DATASUS/SE/MS, para o cumprimento do disposto nesta subseção. (Origem: PRT SAS/MS 147/2012, art. 6º, caput)

Art. 196. Fica determinado que o envio das informações de produções anteriores pelos prestadores fica restrito a 3 (três) meses após a realização dos mesmos. (Origem: PRT SAS/MS 103/2003, art. 1º, caput)

§ 1º O valor relativo às produções anteriores onerará o teto do mês do processamento. (Origem: PRT SAS/MS 103/2003, art. 1º, § 1º)

§ 2º O arquivo com as produções anteriores, será incorporado ao mês da competência da realização. (Origem: PRT SAS/MS 103/2003, art. 1º, § 2º)

Art. 197. Determinar que o Departamento de Informática do SUS (DATASUS) providenciará o reproprocessamento e publicação (internet e BBS), dos arquivos de produção ambulatorial desde abril de 2002, usando este critério. (Origem: PRT SAS/MS 103/2003, art. 2º, caput)

Subseção III

Da Atualização Sistemática dos Bancos de Dados dos Sistemas de Informações SCNES, SIA e SIH

Art. 198. A atualização sistemática dos bancos de dados dos sistemas de informações SCNES, SIA e SIH, é responsabilidade dos municípios, estados e Distrito Federal, devendo ser encaminhados, mensalmente, ao Departamento de Informática do SUS (DATASUS/SE/MS), de acordo com a gestão dos estabelecimentos. (Origem: PRT SAS/MS 311/2007, art. 1º, caput)

§ 1º Cabe aos municípios encaminharem as bases de dados do SCNES, SIA e do SIH, simultaneamente, ao Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e às secretarias estaduais de saúde, por meio MÓDULO TRANSMISSOR SIMULTÂNEO. (Origem: PRT SAS/MS 311/2007, art. 1º, § 1º)

§ 2º Permanece sob responsabilidade das secretarias estaduais de saúde o envio do banco de dados do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES), referente aos estabelecimentos de saúde sob gestão estadual. (Origem: PRT SAS/MS 311/2007, art. 1º, § 2º)

§ 3º Nos casos dos estabelecimentos de saúde cadastrados no CNES como "dupla gestão", permanece sob responsabilidade da SES o envio do banco de dados do SCNES. (Origem: PRT SAS/MS 311/2007, art. 1º, § 3º)

§ 4º A responsabilidade de envio dos dados de determinado estabelecimento ao SCNES deve ser alterada sempre que houver mudança na gestão deste estabelecimento, atentando para as normas relacionadas. (Origem: PRT SAS/MS 311/2007, art. 1º, § 4º)

Art. 199. Existindo municípios que não disponham atualmente de condições técnicas e/ou operacionais de encaminharem as bases de dados diretamente ao DATASUS, caberá à secretaria estadual de saúde manter o envio da base de dados desses municípios, com pactuação na CIB, até que os mesmos disponham das condições necessárias. (Origem: PRT SAS/MS 311/2007, art. 2º, caput)

Parágrafo Único. A SES deverá encaminhar ofício ao Departamento de Regulação, Avaliação e Controle (DRAC/SAES/MS), com a relação dos municípios, pactuados na CIB, pelos quais manterá a responsabilidade pela atualização, manutenção e envio dos bancos de dados dos sistemas SCNES, SIA e SIH, com definição de prazos em que os municípios assumirão esta responsabilidade. (Origem: PRT SAS/MS 311/2007, art. 2º, § 1º)

Art. 200. O responsável técnico pelo CNES cadastrado no sítio <http://cnes.datasus.gov.br>, deverá providenciar o cadastramento dos técnicos responsáveis pelos sistemas SIH e SIA/SUS e demais sistemas, liberando senhas específicas. (Origem: PRT SAS/MS 311/2007, art. 4º, § 1º)

Art. 201. Cabe ao Departamento de Regulação, Avaliação e Controle (DRAC/SAES/MS), por meio da Coordenação-Geral de Gestão de Sistemas de Informações em Saúde (CGSI), adotar as providências necessárias junto ao Departamento de Informática do SUS (DATASUS/SE/MS), para o cumprimento do disposto nesta subseção. (Origem: PRT SAS/MS 311/2007, art. 5º, caput)

Seção II

Das Diretrizes para Disponibilização das Versões Mensais e/ou Arquivos de Configuração dos Sistemas de Informação

Subseção I

Disposições Gerais

Art. 202. Ficam estabelecidas as diretrizes para disponibilização das versões mensais e/ou arquivos de configuração dos sistemas de informação sob a gestão da Coordenação Geral de Gestão de Sistemas de Informações em Saúde (CGSI/DRAC/SAES/MS), bem como o envio das bases de dados desses sistemas pelos gestores dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, à base de dados nacional do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: POC SAS/MS,SGEP/MS 1/2015, art. 1º, caput)

Subseção II

Dos Sistemas

Art. 203. Os sistemas de informação de que trata o art. 202 são os sistemas de captação de atendimentos ambulatoriais e hospitalares, e os sistemas de processamento dos registros de atendimentos ambulatoriais e hospitalares. (Origem: POC SAS/MS,SGEP/MS 1/2015, art. 2º, caput)

§ 1º Os sistemas de captação de atendimentos sob a gestão da CGSI/DRAC/SAES/MS são os seguintes: (Origem: POC SAS/MS,SGEP/MS 1/2015, art. 2º, § 1º)

I - Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS); (Origem: POC SAS/MS,SGEP/MS 1/2015, art. 2º, § 1º, I)

II - Autorização de Procedimentos Ambulatoriais (Apac); (Origem: POC SAS/MS,SGEP/MS 1/2015, art. 2º, § 1º, II)

III - Boletim de Produção Ambulatorial (BPA); (Origem: POC SAS/MS,SGEP/MS 1/2015, art. 2º, § 1º, III)

IV - Programa de Apoio à Entrada de Dados das Autorizações de Internação Hospitalar (SISAIH01); e (Origem: POC SAS/MS,SGEP/MS 1/2015, art. 2º, § 1º, IV)

V - Comunicação de Informações Hospitalares e Ambulatoriais (CIHA01). (Origem: POC SAS/MS,SGEP/MS 1/2015, art. 2º, § 1º, V)

§ 2º Os sistemas de processamento dos registros de atendimento, sob a gestão da CGSI/DRAC/SAES/MS, são os seguintes: (Origem: POC SAS/MS,SGEP/MS 1/2015, art. 2º, § 2º)

I - Sistema de Informação Ambulatorial (SIA); (Origem: POC SAS/MS,SGEP/MS 1/2015, art. 2º, § 2º, I)

II - Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado (SIHD); e (Origem: POC SAS/MS,SGEP/MS 1/2015, art. 2º, § 2º, II)

III - Comunicação de Informações Hospitalares e Ambulatoriais (CIHA02). (Origem: POC SAS/MS,SGEP/MS 1/2015, art. 2º, § 2º, III)

Subseção III

Das Competências dos Órgãos Envolvidos

Art. 204. Compete à Coordenação-Geral de Gestão de Sistemas de Informações em Saúde (CGSI/DRAC/SAES/MS): (Origem: POC SAS/MS,SGEP/MS 1/2015, art. 3º, caput)

I - atualizar mensalmente a Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS; (Origem: POC SAS/MS,SGEP/MS 1/2015, art. 3º, I)

II - disponibilizar os arquivos relativos a cada competência da Tabela, por meio do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP), em tempo hábil para registro dos atendimentos ambulatoriais e hospitalares realizados pelos estabelecimentos de saúde em cada mês; e (Origem: POC SAS/MS,SGEP/MS 1/2015, art. 3º, II)

III - adotar as providências necessárias junto ao Departamento de Informática do SUS (DATASUS/SE/MS), para o cumprimento do disposto nesta seção. (Origem: POC SAS/MS,SGEP/MS 1/2015, art. 3º, III)

Art. 205. Compete ao Departamento de Informática do SUS (DATASUS/SE/MS) a disponibilização das versões mensais e/ou arquivos de configuração dos sistemas de captação de atendimentos ambulatoriais e hospitalares, dos sistemas de processamento dos registros de atendimentos ambulatoriais e hospitalares e do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). (Origem: POC SAS/MS,SGEP/MS 1/2015, art. 4º, caput)

Art. 206. Compete às secretarias de saúde municipais, estaduais ou do Distrito Federal: (Origem: POC SAS/MS,SGEP/MS 1/2015, art. 5º, caput)

I - cumprir o cronograma disponibilizado; (Origem: POC SAS/MS,SGEP/MS 1/2015, art. 5º, I)

II - determinar as datas limites de entrega dos arquivos de produção, por parte dos prestadores, a fim de cumprirem o cronograma definido pelo Ministério da Saúde; (Origem: POC SAS/MS,SGEP/MS 1/2015, art. 5º, II)

III - monitorar as remessas das bases de dados do SCNES, do SIA, do SIH e do CIHA, por meio dos respectivos sítios eletrônicos; e (Origem: POC SAS/MS,SGEP/MS 1/2015, art. 5º, III)

IV - providenciar a correção das rejeições de remessas até a data definida em cronograma, caso haja necessidade. (Origem: POC SAS/MS,SGEP/MS 1/2015, art. 5º, IV)

Subseção IV

Do Envio das Bases de Dados

Art. 207. Os gestores devem enviar as bases de dados dos sistemas descritos no art. 203 ao DATASUS/SE/MS, por meio do MÓDULO TRANSMISSOR SIMULTÂNEO. (Origem: POC SAS/MS,SGEP/MS 1/2015, art. 6º, caput)

§ 1º Em relação ao SCNES, os gestores deverão enviar adicionalmente, por meio do MÓDULO TRANSMISSOR SIMULTÂNEO, os arquivos para alimentar a Base de Dados Nacional dos Estabelecimentos de Saúde que tiveram alguma alteração cadastral, bem como a certidão negativa dos estabelecimentos

de saúde que não tiveram alteração cadastral no período, conforme o disposto no art. 226, realizando a transmissão final conforme o cronograma constante nesta seção. (Origem: POC SAS/MS,SGEP/MS 1/2015, art. 6º, § 1º)

§ 2º O MÓDULO TRANSMISSOR SIMULTÂNEO permanecerá aberto à recepção das bases processadas das respectivas competências até a data limite constante no cronograma. (Origem: POC SAS/MS,SGEP/MS 1/2015, art. 6º, § 2º)

§ 3º Caso o gestor que não realize o envio da base de dados do SCNES para a base nacional em uma determinada competência, o arquivo necessário para o processamento do SIA, SIHD e CIHA será disponibilizado somente após o envio da Declaração de Não Envio pelo gestor de saúde. (Origem: POC SAS/MS,SGEP/MS 1/2015, art. 6º, § 3º)

§ 4º O MÓDULO TRANSMISSOR SIMULTÂNEO aceitará o envio dos arquivos de acordo com a ordem cronológica das competências, sendo vedado o envio do arquivo referente a uma competência sem que os anteriores tenham sido enviados e carregados na Base de Dados Nacional, com sucesso. (Origem: POC SAS/MS,SGEP/MS 1/2015, art. 6º, § 4º)

Art. 208. Após o encerramento de cada competência, o DATASUS/SE/MS deverá enviar à Coordenação-Geral de Controle de Sistemas e Serviços de Saúde (CGCSS/DRAC/SAES/MS) os arquivos contendo os valores da produção aprovada: (Origem: POC SAS/MS,SGEP/MS 1/2015, art. 7º, caput)

I - dos procedimentos financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec); e (Origem: POC SAS/MS,SGEP/MS 1/2015, art. 7º, I)

II - dos hospitais de ensino vinculados ao Ministério da Educação (MEC). (Origem: POC SAS/MS,SGEP/MS 1/2015, art. 7º, II)

Parágrafo Único. O DATASUS/SE/MS deverá enviar os arquivos de que tratam o caput até o dia 28 (vinte e oito) do mês subsequente à competência de produção, a fim de realizar o pagamento aos gestores de que tratam o inciso I do caput, e aos estabelecimentos de que tratam o inciso II do caput. (Origem: POC SAS/MS,SGEP/MS 1/2015, art. 7º, parágrafo único)

Subseção V

Disposições Finais

Art. 209. As transferências dos recursos do tipo Faec serão efetuadas em conformidade com as informações extraídas dos arquivos do banco de dados nacional do SIA e SIH, e transmitidas pelo DATASUS/SE/MS ao Departamento de Regulação, Avaliação e Controle (DRAC/SAES/MS). (Origem: POC SAS/MS,SGEP/MS 1/2015, art. 8º, caput)

Art. 210. O cronograma de disponibilização e envio das bases de dados de que tratam esta seção será disponibilizado nos seguintes endereços eletrônicos: (Origem: POC SAS/MS,SGEP/MS 1/2015, art. 9º, caput)

I - <http://sia.datasus.gov.br>; (Origem: POC SAS/MS,SGEP/MS 1/2015, art. 9º, II)

II - <http://sihd.datasus.gov.br>; (Origem: POC SAS/MS,SGEP/MS 1/2015, art. 9º, III)

III - <http://ciha.datasus.gov.br>; (Origem: POC SAS/MS,SGEP/MS 1/2015, art. 9º, IV)

IV - <http://cnes.datasus.gov.br>. (Origem: POC SAS/MS,SGEP/MS 1/2015, art. 9º, V)

Seção III

Do Registro dos Procedimentos no Boletim de Produção Ambulatorial (BPA)

Art. 211. Fica estabelecido que o instrumento Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) passe a ser constituído de 2 (duas) formas de entrada de dados de produção, a seguir descritas: (Origem: PRT SAS/MS 709/2007, art. 1º, caput)

I - BPA consolidado; (Origem: PRT SAS/MS 709/2007, art. 1º, I)

II - BPA individualizado. (Origem: PRT SAS/MS 709/2007, art. 1º, II)

Parágrafo Único. O BPA é o aplicativo do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA-SUS), que tem por objetivo o registro dos atendimentos SUS realizados nas modalidades de atendimento ambulatorial e assistência domiciliar, sendo o BPA consolidado com informações agregadas e o BPA

individualizado com informações desagregadas, ou seja, com identificação do usuário e por município de residência. (Origem: PRT SAS/MS 709/2007, art. 1º, parágrafo único)

Art. 212. Caberá aos gestores estaduais, municipais e do Distrito Federal definir o elenco de procedimentos com registro no BPA individualizado, que terão necessidade de autorização prévia. (Origem: PRT SAS/MS 709/2007, art. 2º, parágrafo único)

Art. 213. Ficam definidos os modelos dos formulários do BPA consolidado e individualizado como instrumentos de captação de dados do atendimento ambulatorial do Sistema de Informação Ambulatorial. (Origem: PRT SAS/MS 709/2007, art. 5º, caput)

§ 1º Fica facultado aos gestores adequarem os formulários do BPA consolidado e individualizado, conforme necessidade local, desde que contemplem os campos definidos nos modelos dos formulários do BPA do Sistema de Informação Ambulatorial. (Origem: PRT SAS/MS 709/2007, art. 5º, § 1º)

§ 2º Caberá ao gestor definir a exigência ou não do registro do campo de autorização de procedimento, no BPA individualizado. (Origem: PRT SAS/MS 709/2007, art. 5º, § 2º)

§ 3º Os formulários serão disponibilizados no sítio <http://sia.datasus.gov.br>. (Origem: PRT SAS/MS 709/2007, art. 5º, § 3º)

Art. 214. Fica estabelecido que os procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS que são registrados através de instrumento de registro BPA-C (Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado) possam também ser registrados opcionalmente através de instrumento de registro BPA-I (Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado). (Origem: PRT SAS/MS 1362/2013, art. 1º, caput)

§ 1º Poderá se optar por uma das formas de registro quando o procedimento estiver cadastrado no SIGTAP com os instrumentos de registro 01-BPA-C e 02-BPA-I concomitantemente. (Origem: PRT SAS/MS 1362/2013, art. 1º, § 1º)

§ 2º Excetua-se desta regra os procedimentos coletivos e procedimentos não relacionados aos usuários do SUS, que irão continuar sendo registrados através do instrumento de registro 01-BPA-C. (Origem: PRT SAS/MS 1362/2013, art. 1º, § 2º)

Art. 215. O estabelecimento que optar pelo registro de determinado procedimento em BPA-C ou BPA-I em uma competência, deverá registrar todos estes procedimentos utilizando um mesmo instrumento de registro durante esta competência de atendimento. (Origem: PRT SAS/MS 1362/2013, art. 2º, caput)

§ 1º Os sistemas de captação do atendimento disponibilizados pelo Ministério da Saúde emitirão mensagens para garantir que determinado procedimento seja registrado em um único instrumento de registro em determinada competência de atendimento, sendo que os sistemas proprietários deverão garantir a mesma regra de negócio. (Origem: PRT SAS/MS 1362/2013, art. 2º, § 1º)

§ 2º A regra descrita no §1º será consistida no sistema de processamento ambulatorial impedindo que o mesmo procedimento seja apresentado em instrumentos de registro diferentes por um mesmo estabelecimento na competência vigente. (Origem: PRT SAS/MS 1362/2013, art. 2º, § 2º)

Art. 216. Cabe à Coordenação-Geral de Gestão de Sistemas de Informação em Saúde (CGSI/DRAC/SAES) do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde: (Origem: PRT SAS/MS 1362/2013, PRT SAS/MS 709/2007, art. 8º, caput, art. 3º, caput)

I - adequar as regras de negócio no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP); (Origem: PRT SAS/MS 1362/2013, art. 3º, I)

II - adotar as providências necessárias, junto ao Departamento de Informática do SUS (DATASUS), da Secretaria-Executiva (SE), no que se refere à implementação das novas regras nos sistemas de informação. (Origem: PRT SAS/MS 1362/2013, art. 3º, II)

CAPÍTULO III

DO CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES)

Seção I

Das Competências dos Gestores Estaduais, Distrital e Municipais de Saúde no Registro das Habilitações no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)

Art. 217. Fica definida habilitação de serviços como sendo o ato do gestor municipal, estadual ou federal autorizar um estabelecimento de saúde já credenciado do SUS a realizar procedimentos constantes das tabelas do SUS, vinculados a normalizações específicas. (Origem: PRT SAS/MS 414/2005, art. 2º, caput)

Art. 218. A tabela de Regras Contratuais/ Incentivos tem a finalidade de identificar no SCNES os estabelecimentos de saúde que dispõem de contrato de gestão ou estabelecimentos que, por normalização específica, fazem jus a incentivos, sem geração de crédito por produção. (Origem: PRT SAS/MS 414/2005, art. 3º, caput)

Art. 219. Fica instituída, no Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), a funcionalidade de habilitação. (Origem: PRT SAS/MS 414/2005, art. 4º, caput)

Parágrafo Único. As habilitações de serviços passam a ser um dos atributos dos procedimentos da Tabela do SIA/SUS. (Origem: PRT SAS/MS 414/2005, art. 4º, parágrafo único)

Art. 220. É de responsabilidade do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle (DRAC/SAES/MS), por meio da Coordenação-Geral de Gestão de Sistemas de Informações em Saúde, efetivar as atualizações das habilitações/desabilitações, publicadas no Diário Oficial da União (DOU) em portarias específicas, dos estabelecimentos de saúde no SCNES (Origem: PRT SAS/MS 414/2005, art. 6º, caput)

Art. 221. Fica estabelecido que caberá às áreas técnicas do Ministério da Saúde, responsáveis pelas políticas de saúde e pela edição das portarias de habilitação/desabilitação dos estabelecimentos de saúde, devidamente identificados por meio do código CNES e código das habilitações, publicar no DOU, até o dia 5 (cinco) de cada mês, as habilitações/desabilitações específicas de cada área, para vigência no respectivo mês. (Origem: PRT SAS/MS 414/2005, art. 8º, caput)

Art. 222. Fica descentralizado, para os gestores estaduais/municipais de saúde, o registro das habilitações no SCNES conforme descrito no Anexo XXXIX, para os estabelecimentos aptos a realizarem os procedimentos referentes aos cuidados prolongados, internação domiciliar, planejamento familiar/esterilização, cuidados intermediários neonatal, e de cirurgias por videolaparoscopia, após as devidas deliberações na instância da Comissão Intergestores Bipartite (CIB). (Origem: PRT SAS/MS 629/2006, art. 1º, caput)

Art. 223. Cabe aos gestores estaduais/municipais identificar no SCNES os estabelecimentos de saúde que dispõem de contrato de gestão/metad, conforme o Anexo XL. (Origem: PRT SAS/MS 629/2006, art. 2º, caput)

Art. 224. Os gestores estaduais/municipais devem identificar no SCNES para os estabelecimentos de saúde que dispõem de incentivos e/ou das modalidades contratuais descritas no art. 223 a não geração de crédito por produção ambulatorial e ou hospitalar, conforme o Anexo XLI. (Origem: PRT SAS/MS 629/2006, art. 3º, caput)

§ 1º Os estabelecimentos identificados com os códigos 70.01, 70.02, 70.03, 70.04 devem especificar a não geração de crédito de acordo com os códigos 71.01 a 71.06, observando as normalizações específicas. (Origem: PRT SAS/MS 629/2006, art. 3º, § 1º)

§ 2º Estabelecimentos de saúde que dispõem de serviços especializados normalizados com incentivos, sem geração de crédito de produção, por exemplo: Serviço de Referência Estadual ou Regional de Saúde do Trabalhador, Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), devem se enquadrar nas diferentes modalidades de códigos de 71.01 a 71.06. (Origem: PRT SAS/MS 629/2006, art. 3º, § 2º)

§ 3º Atualmente se identificam no código 71.06 os estabelecimentos pertencentes a Rede Sarah e os Próprios do Ministério da Saúde. (Origem: PRT SAS/MS 629/2006, art. 3º, § 3º)

Art. 225. Estabelecer que caberá ao Departamento de Informática do SUS (DATASUS/SE/MS) adotar as providências necessárias ao que dispõe esta seção. (Origem: PRT SAS/MS 629/2006, PRT SAS/MS 414/2005, art. 9º, caput, art. 4º, caput)

Seção II

Do Processo de atualização do Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES)

Art. 226. Deve ser adequada, no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), a funcionalidade movimento/exportação da base de dados cadastrais que passará a gerar o protocolo de exportação com certidão negativa, com informações dos estabelecimentos que não tiveram alterações cadastrais em cada competência, sendo atestado pelo gestor a inexistência das alterações no momento do envio do arquivo ao Departamento de Informática do SUS (DATASUS/MS). (Origem: PRT SAS/MS 2/2008, art. 1º, caput)

§ 1º A cada exportação da base de dados do SCNES, referente aos estabelecimentos que tiveram alterações cadastrais que as secretarias municipais, estaduais e do Distrito Federal encaminharem ao DATASUS, o Sistema gerará automaticamente a relação dos estabelecimentos de saúde que não tiveram alterações, para análise, confirmação e envio junto ao movimento dos estabelecimentos com alterações. (Origem: PRT SAS/MS 2/2008, art. 1º, § 1º)

§ 2º O protocolo de exportação com certidão negativa apresentará um espelho com a situação total da base de dados local, contemplando as seguintes situações possíveis: (Origem: PRT SAS/MS 2/2008, art. 1º, § 2º)

I - estabelecimento(s) excluído(s); (Origem: PRT SAS/MS 2/2008, art. 1º, § 2º, I)

II - estabelecimento(s) não exportado(s) - pertence(m) a outra gestão; (Origem: PRT SAS/MS 2/2008, art. 1º, § 2º, II)

III - equipe(s) exportada(s); (Origem: PRT SAS/MS 2/2008, art. 1º, § 2º, III)

IV - estabelecimento(s) exportado(s) neste arquivo; (Origem: PRT SAS/MS 2/2008, art. 1º, § 2º, IV)

V - estabelecimento(s) já exportado(s) na competência vigente; e (Origem: PRT SAS/MS 2/2008, art. 1º, § 2º, V)

VI - estabelecimento(s) com certidão negativa, ou seja, estabelecimento(s) que não sofreram alteração e ainda não foram exportados na competência vigente. (Origem: PRT SAS/MS 2/2008, art. 1º, § 2º, VI)

Art. 227. No prazo de 6 (seis) competências, a contar da data de publicação da Portaria MS/SAS 118 de 18/02/2014, o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) passará a marcar automaticamente como "desativados", os estabelecimentos de saúde que estejam há mais de 6 (seis) meses sem atualização cadastral, em nível local e nacional. (Origem: PRT SAS/MS 118/2014, art. 1º, caput)

§ 1º São considerados sem atualização cadastral, para efeitos desta seção, os cadastros dos estabelecimentos de saúde no SCNES que: (Origem: PRT SAS/MS 118/2014, art. 1º, § 1º)

I - não tenham sido exportados e transmitidos da base local para a nacional há mais de 6 (seis) meses; ou (Origem: PRT SAS/MS 118/2014, art. 1º, § 1º, I)

II - estejam sendo exportados da base local e transmitidos para a nacional com rejeição há mais de 6 (seis) meses. (Origem: PRT SAS/MS 118/2014, art. 1º, § 1º, II)

§ 2º O estabelecimento de saúde que for considerado "desativado" poderá voltar à condição de "ativo" mediante a exportação de seu cadastro sem rejeições da base local para a nacional. (Origem: PRT SAS/MS 118/2014, art. 1º, § 2º)

§ 3º Recomenda-se aos gestores municipais, estaduais e do Distrito Federal a correção de todas as inconsistências existentes nos estabelecimentos de saúde de sua base local e a exportação completa da base local e envio para a nacional, incluindo os estabelecimentos de saúde que não tenham sofrido alteração, objetivando manter a atualização cadastral de seu território. (Origem: PRT SAS/MS 118/2014, art. 1º, § 3º)

Art. 228. Os estabelecimentos de saúde que forem considerados "desativados" pelo SCNES ficarão automaticamente impossibilitados de: (Origem: PRT SAS/MS 118/2014, art. 2º, caput)

I - apresentar os registros de atendimento da atenção ambulatorial e/ou hospitalar do SUS; (Origem: PRT SAS/MS 118/2014, art. 2º, I)

II - apresentar os registros de ações de vigilância sanitária; (Origem: PRT SAS/MS 118/2014, art. 2º, II)

III - apresentar os registros de produção das respectivas equipes e profissionais; (Origem: PRT SAS/MS 118/2014, art. 2º, III)

IV - requerer novas habilitações; (Origem: PRT SAS/MS 118/2014, art. 2º, IV)

V - requerer inscrição em novos programas e/ou políticas; e (Origem: PRT SAS/MS 118/2014, art. 2º, V)

VI - vinculação e recebimento de recursos relacionados a equipes. (Origem: PRT SAS/MS 118/2014, art. 2º, VI)

Art. 229. Cabe aos gerentes dos estabelecimentos de saúde, conjuntamente com os respectivos gestores municipais, estaduais e do Distrito Federal, a correta e periódica atualização do cadastro dos estabelecimentos de saúde no SCNES, nos termos da Subseção III da Seção I do Capítulo II deste título. (Origem: PRT SAS/MS 118/2014, art. 3º, caput)

Art. 230. Compete à Coordenação-Geral de Gestão de Sistemas de Informações em Saúde do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle providenciar junto ao Departamento de Informática do SUS (DATASUS) a adequação do SCNES e sua base nacional, ao que dispõe esta seção. (Origem: PRT SAS/MS 118/2014, PRT SAS/MS 2/2008, art. 2º, caput, art. 4º, caput)

Subseção I

Das Normas para Registro do Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ) do Estabelecimento de Saúde no SCNES

Art. 231. Ficam estabelecidas regras no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) para adequação às normas da Receita Federal do Brasil (RFB) de inscrição no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ). (Origem: PRT SAS/MS 1319/2014, art. 1º, caput)

Art. 232. Para fins deste documento consideram-se: (Origem: PRT SAS/MS 1319/2014, art. 2º, caput)

I - pessoas jurídicas de direito público as entidades devidamente inscritas junto à RFB no CNPJ, cuja natureza jurídica seja do grupo Administração Pública pela classificação da Comissão Nacional de Classificação (Concla); (Origem: PRT SAS/MS 1319/2014, art. 2º, I)

II - pessoas jurídicas de direito privado as entidades devidamente inscritas junto à RFB no CNPJ cuja natureza jurídica seja dos grupos Entidades Empresariais ou Entidades sem Fins Lucrativos pela classificação da Concla; e (Origem: PRT SAS/MS 1319/2014, art. 2º, II)

III - pessoas físicas as pessoas naturais devidamente inscritas junto à RFB no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF). (Origem: PRT SAS/MS 1319/2014, art. 2º, III)

Art. 233. Serão cadastradas no CNES através do campo "CNPJ/CPF do Estabelecimento": (Origem: PRT SAS/MS 1319/2014, art. 3º, caput)

I - a pessoa física responsável pelo estabelecimento de saúde; (Origem: PRT SAS/MS 1319/2014, art. 3º, I)

II - a pessoa jurídica de direito público, constituída como unidade gestora de orçamento, quando responsável por 1 (um) único estabelecimento de saúde; ou (Origem: PRT SAS/MS 1319/2014, art. 3º, II)

III - a pessoa jurídica de direito privado, responsável pelo estabelecimento de saúde; (Origem: PRT SAS/MS 1319/2014, art. 3º, III)

IV - a pessoa jurídica de direito privado que possuir instrumento jurídico que lhe transfira e atribua o direito ou a utilização total e exclusiva dos estabelecimentos de saúde de pessoa jurídica de direito público serão cadastradas no CNES. (incluído pela PRT SAS/MS 2604/2016) (Origem: PRT SAS/MS 1319/2014, art. 3º, IV)

§ 1º As pessoas jurídicas de direito privado, quando responsáveis por mais de um estabelecimento de saúde, deverão cadastrar cada um deles com um CNPJ próprio, caracterizando a matriz e suas filiais, atendendo ao disposto no art. 3º da IN RFB nº 1.863, de 27 de dezembro de 2018. (Origem: PRT SAS/MS 1319/2014, art. 3º, § 1º)

§ 2º É considerada unidade gestora de orçamento aquela autorizada a executar parcela do orçamento da União, dos estados, do Distrito Federal ou dos municípios, nos termos do § 1º, art. 4º da IN RFB nº 1.863, de 27 de dezembro de 2018. (Origem: PRT SAS/MS 1319/2014, art. 3º, § 2º)

Art. 234. Serão cadastradas no CNES através do cadastro de mantenedora exclusivamente as pessoas jurídicas de direito público, quando sejam responsáveis por mais de 1 (um) estabelecimento de saúde. (Origem: PRT SAS/MS 1319/2014, art. 4º, caput)

Art. 235. Fica vedado o uso do campo "CNPJ/CPF do Estabelecimento" ou do cadastro de mantenedora para: (Origem: PRT SAS/MS 1319/2014, art. 5º, caput)

I - as pessoas jurídicas não dotadas de personalidade jurídica; (Origem: PRT SAS/MS 1319/2014, art. 5º, I)

II - as pessoas jurídicas direito público que não se configurem como unidades gestoras de orçamento; e (Origem: PRT SAS/MS 1319/2014, art. 5º, II)

III - as pessoas jurídicas de direito privado que gerenciam ou administram estabelecimento de saúde de pessoa jurídica de direito público. (Origem: PRT SAS/MS 1319/2014, art. 5º, III)

§ 1º As pessoas jurídicas de direito privado que administram estabelecimentos de saúde de pessoa jurídica de direito público devem ser identificadas exclusivamente através do cadastro de "Gerente/Administrador Terceiro" no CNES. (Origem: PRT SAS/MS 1319/2014, art. 5º, § 1º)

§ 2º Os fundos municipais e estaduais de saúde, por não serem dotados de personalidade jurídica, devem ser cadastrados exclusivamente no cadastro de "Fundo de Saúde" do cadastro da mantenedora no CNES. (Origem: PRT SAS/MS 1319/2014, art. 5º, § 2º)

Art. 236. A informação sobre natureza jurídica será a única fonte para identificar a constituição jurídico-institucional dos estabelecimentos de saúde cadastrados no CNES e serão provenientes exclusivamente do cadastro do CNPJ junto à RFB. (Origem: PRT SAS/MS 1319/2014, art. 6º, caput)

Parágrafo Único. As pessoas físicas cadastradas no CNES serão consideradas como de direito privado e pertencentes ao grupo de Pessoas Físicas da classificação de natureza jurídica da Concla, sendo atribuído o código 400-0 para fins de equivalência em pesquisa. (Origem: PRT SAS/MS 1319/2014, art. 6º, parágrafo único)

Art. 237. Ficam extintos os campos Esfera Administrativa, Natureza da Organização, Retenção de Tributos e Tipo de Prestador do CNES. (Origem: PRT SAS/MS 1319/2014, art. 7º, caput)

Parágrafo Único. A Coordenação-Geral de Gestão de Sistemas de Informações em Saúde do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle deverá estabelecer critério de equivalência entre a Natureza Jurídica e a Natureza da Organização para fins de pesquisa e disseminação do CNES em cadastros anteriores a esta informação. (Origem: PRT SAS/MS 1319/2014, art. 7º, parágrafo único)

Subseção II

Das Normas para o Cadastramento dos Núcleos de Segurança do Paciente no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

Art. 238. Ficam estabelecidas normas para o cadastramento dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). (Origem: PRT SAS/MS 774/2017, art. 1º, caput)

Parágrafo Único. Os NSP são instâncias do serviço de saúde criadas para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente. (Origem: PRT SAS/MS 774/2017, art. 1º, parágrafo único)

Art. 239. Os NSP deverão ser cadastrados no Módulo Básico, aba Comissões/Avaliações no CNES, identificando sua data de criação, assim como, os profissionais participantes com a composição mínima de 2 (dois) profissionais de saúde, sendo um responsável pelo NSP e 1 (um) ou mais membros,

conforme o disposto na Seção I, Capítulo II da RDC Anvisa nº 36, de 25 de julho de 2013. (Origem: PRT SAS/MS 774/2017, art. 2º, caput)

§ 1º O responsável técnico pelo NSP deverá ser identificado através de marcação na referida aba. (Origem: PRT SAS/MS 774/2017, art. 2º, § 1º)

§ 2º Em caso de desativação do NSP no estabelecimento deverá ser informada obrigatoriamente a data de desativação do núcleo. (Origem: PRT SAS/MS 774/2017, art. 2º, § 2º)

Art. 240. Todos os estabelecimentos de saúde que possuam NSP deverão indicar o serviço 170 - Comissões e Comitês e sua classificação 001 - Núcleo de Segurança do Paciente. (Origem: PRT SAS/MS 774/2017, art. 3º, § 1º)

Art. 241. Os núcleos de segurança do paciente que atuam em um conjunto de estabelecimentos públicos, conforme disposto no §2º do art. 4º da RDC Anvisa nº 36, de 25 de julho de 2013, serão cadastrados em único estabelecimento de saúde, onde estejam fisicamente instalados. (Origem: PRT SAS/MS 774/2017, art. 3º, § 2º)

Art. 242. Cada estabelecimento de saúde e serviços de hemodiálise onde o NSP promover ações, deverá informar o serviço 170 - Comissões e Comitês e sua classificação 001 - Núcleo de Segurança do Paciente, marcando o Tipo "Terceirizado" e indicando o CNES onde a equipe do NSP está instalada. (Origem: PRT SAS/MS 774/2017, art. 3º, § 3º)

Art. 243. Caberá à Coordenação-Geral de Gestão de Sistemas de Informações em Saúde do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle (CGSI/DRAC/SAES/MS), como gestora do CNES, formalizar junto ao Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde da Secretaria Executiva (DATASUS/SE/MS) a demanda para operacionalização desta subseção no CNES. (Origem: PRT SAS/MS 774/2017, art. 4º, caput)

Subseção III

Das Normas para o Cadastro de Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas do Tipo IV (CAPS AD IV)

Art. 244. Para os fins desta subseção deve ser observado o conceito de CAPS AD IV como centros de atenção psicossocial álcool e drogas que tem como atividade principal a atenção psicossocial e atendem pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (dependência de substâncias psicoativas). (Origem: PRT SAS/MS 544/2018, art. 1º, parágrafo único)

Art. 245. A habilitação a habilitação 06.37 - CAPS AD IV será marcada de forma centralizada no CNES, após análise dos pré-requisitos pela área técnica competente do Ministério da Saúde e publicação de portaria no Diário Oficial da União. (Origem: PRT SAS/MS 544/2018, art. 2º, § 1º)

Art. 246. A portaria que habilita o estabelecimento deve mencionar a quantidade de leitos pertencentes ao estabelecimento, sendo no mínimo 10 (dez) leitos, e no máximo 20 (vinte) leitos. (Origem: PRT SAS/MS 544/2018, art. 2º, § 2º)

Art. 247. Caso o estabelecimento seja um CAPS reestruturado, este deverá ser desabilitado no porte em que se classificava anteriormente. (Origem: PRT SAS/MS 544/2018, art. 2º, § 3º)

Art. 248. Fica incluída, na Tabela de Regras Contratuais do CNES, a regra contratual para não gerar crédito total: 71.18 - Estabelecimento Sem Geração de Crédito Total. (Origem: PRT SAS/MS 544/2018, art. 3º, caput)

Parágrafo Único. Os estabelecimentos de saúde que receberem indicação da habilitação 06.37 - CAPS AD IV receberão em seu cadastro no CNES de forma automática, a marcação da regra contratual supracitada. (Origem: PRT SAS/MS 544/2018, art. 3º, parágrafo único)

Art. 249. Caberá à Coordenação-Geral de Gestão de Sistemas de Informações em Saúde do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle (CGSI/DRAC/SAES/MS) como gestora do CNES, formalizar junto ao Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) a demanda para operacionalização desta subseção no CNES. (Origem: PRT SAS/MS 544/2018, art. 7º, caput)

Subseção IV

Das Normas para o Cadastramento das Centrais de Regulação do Acesso no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)

Art. 250. Fica redefinido o cadastramento das Centrais de Regulação do Acesso no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). (Origem: PRT SAS/MS 1268/2013, art. 1º, caput)

Art. 251. Central de Regulação do Acesso é o estabelecimento de saúde responsável por receber, qualificar e ordenar a demanda por ações e serviços de saúde de referência, com base em protocolos de regulação, disponibilizando o acesso à alternativa assistencial mais adequada e oportuna à necessidade do usuário. (Origem: PRT SAS/MS 1268/2013, art. 2º, caput)

Art. 252. Fica atualizada a Tabela de Serviços Especializados do SCNES, alterando o serviço 104 REGULAÇÃO DO ACESSO A AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE, conforme Anexo XLII. (Origem: PRT SAS/MS 1268/2013, art. 3º, caput)

§ 1º Define-se Regulação Ambulatorial de Média Complexidade como o serviço de regulação do acesso às consultas, exames, terapias e cirurgias ambulatoriais de média complexidade, executados em estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS, de acordo com fluxos estabelecidos no âmbito federal, estadual e municipal. (Origem: PRT SAS/MS 1268/2013, art. 3º, § 1º)

§ 2º Define-se Regulação Ambulatorial de Alta complexidade como o serviço de regulação do acesso às consultas, exames e procedimentos vinculados à alta complexidade, executados em estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS, de acordo com fluxos estabelecidos no âmbito federal, estadual e municipal. (Origem: PRT SAS/MS 1268/2013, art. 3º, § 2º)

§ 3º Define-se Regulação de Internação Hospitalar como o serviço de saúde responsável pela regulação do acesso aos recursos assistenciais de internação hospitalar, em caráter eletivo ou de urgência, para estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS, de acordo com os fluxos estabelecidos no âmbito federal, estadual e municipal. (Origem: PRT SAS/MS 1268/2013, art. 3º, § 3º)

§ 4º Define-se regulação nacional de alta complexidade como o serviço de saúde responsável pela coordenação da referência interestadual de usuários do SUS para procedimentos ambulatoriais e hospitalares eletivos de alta complexidade nas clínicas de oncologia, cardiologia, gastroenterologia: cirurgia bariátrica, neurologia, traumatologia e demais clínicas e procedimentos que forem estabelecidos em portarias específicas para a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC). (Origem: PRT SAS/MS 1268/2013, art. 3º, § 4º)

§ 5º Define-se regulação estadual de alta complexidade como o serviço estadual de saúde responsável pela regulação do acesso aos procedimentos ambulatoriais e hospitalares eletivos de alta complexidade nas clínicas de oncologia, cardiologia, gastroenterologia: cirurgia bariátrica, neurologia, traumatologia e demais clínicas e procedimentos que forem estabelecidos em portarias específicas para a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC), quando a oferta do estado for insuficiente ou ausente e quando se tratar de unidade executante. (Origem: PRT SAS/MS 1268/2013, art. 3º, § 5º)

Art. 253. Para o tipo de estabelecimento 81 Central de Regulação, o módulo Caracterização deverá ser preenchido conforme se segue: (Origem: PRT SAS/MS 1268/2013, art. 5º, caput)

I - No campo Esfera Administrativa deverá ser indicada uma das opções: 01 Federal, 02 Estadual, 03 Municipal; (Origem: PRT SAS/MS 1268/2013, art. 5º, I)

II - No campo Atividade de Ensino deverá ser indicada a opção: 04 Unidade Sem Atividade de Ensino; (Origem: PRT SAS/MS 1268/2013, art. 5º, II)

III - No campo Natureza da Organização deverá ser indicada a opção: 01 Administração Direta da Saúde (MS, SES e SMS); (Origem: PRT SAS/MS 1268/2013, art. 5º, III)

IV - No campo Atendimento Prestado deverá ser indicada a opção: 07 Regulação; (Origem: PRT SAS/MS 1268/2013, art. 5º, IV)

V - No campo Retenção de tributo deverá ser indicada a opção: 10 Unidade Pública; (Origem: PRT SAS/MS 1268/2013, art. 5º, V)

VI - O campo Nível de Atenção deverá ser preenchido em consonância com as classificações informadas para o serviço especializado 104 Regulação do Acesso à Ações e Serviços de Saúde ; e (Origem: PRT SAS/MS 1268/2013, art. 5º, VI)

VII - No campo Fluxo de Clientela deverá ser indicada a opção: Demanda Referenciada. (Origem: PRT SAS/MS 1268/2013, art. 5º, VII)

Art. 254. Caberá à Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, por meio da Coordenação-Geral de Gestão de Sistemas de Informações em Saúde do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle (CGSI/DRAC/SAES/MS), adotar as providências necessárias junto ao Departamento de Informática do SUS, da Secretaria-Executiva (DATASUS/SE/MS), para o cumprimento do disposto nesta subseção. (Origem: PRT SAS/MS 1268/2013, art. 6º, caput)

Subseção V

Das Normas para o Cadastramento de Oficina Ortopédica no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

Art. 255. Fica incluído na Tabela de tipo de estabelecimento do SCNES o estabelecimento oficina ortopédica (código 79). (Origem: PRT SAS/MS 971/2012, art. 1º, caput)

§ 1º A oficina ortopédica promove o acesso a órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM), além de confecção de adaptações, ajustes e pequenos concertos em OPM. A oficina ortopédica fixa possui todos os equipamentos necessários a uma oficina ortopédica, capacitando-a a trabalhar com termoplásticos de alta e baixa temperatura, laminação, com metais e sapataria. É capaz de confeccionar todos os tipos de órteses e próteses (de membros superiores e inferiores, estáticas/rígidas, articuladas e dinâmicas), coletes, palmilhas e calçados adaptados (ortopédicos e para pés neuropáticos) e adaptações para atividades laborais e/ou de vida diária; além de realizar adequações posturais em cadeiras de rodas, ajustes e manutenção nas OPM e adaptações. (Origem: PRT SAS/MS 971/2012, art. 1º, § 1º)

§ 2º A oficina ortopédica será considerada um estabelecimento de saúde quando funcionar isoladamente de um CER e tiver CNES próprio. (Origem: PRT SAS/MS 971/2012, art. 1º, § 2º)

§ 3º A oficina ortopédica será considerada um serviço quando fizer parte de um CER. (Origem: PRT SAS/MS 971/2012, art. 1º, § 3º)

Art. 256. Fica adequado na tabela de Serviços Especializados do SCNES as classificações do serviço de Reabilitação (código 135) discriminando suas respectivas ocupações, conforme Anexo XLIII. (Origem: PRT SAS/MS 971/2012, art. 2º, caput)

§ 1º será permitido o cadastro das classificações 006, 007 apenas para estabelecimentos que tenham cadastrado a classificação 003 - Reabilitação Física do serviço 135 - Serviço de Reabilitação. (Origem: PRT SAS/MS 971/2012, art. 2º, § 1º)

§ 2º será permitido o cadastro das classificações 008 e 009 apenas para estabelecimentos que tenham cadastrados a classificação 007 - Oficina Ortopédica Fixa do serviço 135 - Serviço de Reabilitação. (Origem: PRT SAS/MS 971/2012, art. 2º, § 2º)

Art. 257. Ficam excluídas as classificações 001 - Serviço de Atenção à Saúde Auditiva na Média Complexidade, 002 - Serviço de Atenção à Saúde Auditiva na Alta Complexidade, 003 - Terapia fonoaudiológica, e 007 - Diagnóstico em Audiologia/Otologia por Telemedicina, do serviço 107 - Saúde auditiva, as quais serão incorporadas ao serviço de 135 - Serviço de Reabilitação, na classificação 005 - Reabilitação Auditiva. (redação dada pela PRT SAS/MS 722/2013) (Origem: PRT SAS/MS 971/2012, art. 3º, caput)

§ 1º O serviço 107 - Saúde auditiva passará a ser constituído somente das classificações 004 - Diagnóstico em Audiologia/otologia, 005 - Implante Coclear, 006 - Triagem Auditiva Neonatal. (redação dada pela PRT SAS/MS 722/2013) (Origem: PRT SAS/MS 971/2012, art. 3º, § 1º)

§ 2º Os procedimentos ambulatoriais de saúde auditiva da Tabela de Procedimentos do SUS, que estão vinculados ao serviço 107 e as classificações que estão sendo excluídas conforme este artigo permanecerão vinculados aos serviços 107 e respectivas classificações e 135/005 Saúde Auditiva, pelo período de 3 (três) meses. (redação dada pela PRT SAS/MS 722/2013) (Origem: PRT SAS/MS 971/2012, art. 3º, § 2º)

Art. 258. Ficam excluídas as classificações 001, 002, 003, 004, 005, 006 e 009 do serviço 123 - Serviço de Dispensação de Órtese, Prótese e Materiais Especiais. (Origem: PRT SAS/MS 971/2012, art. 4º, caput)

Parágrafo Único. As classificações descritas no caput desse artigo serão acrescidas ao serviço 164 nas classificações: 001, 002, 003, 004 e 005. (Origem: PRT SAS/MS 971/2012, art. 4º, § 1º)

Art. 259. Fica incluído na Tabela de Serviços Especializados do SCNES o serviço 164 - SERVIÇO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS EM REABILITAÇÃO, com as respectivas classificações, conforme o Anexo XLIV. (Origem: PRT SAS/MS 971/2012, art. 5º, caput)

Art. 260. Ficam incluídos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS os procedimentos constantes no Anexo XLV. (Origem: PRT SAS/MS 971/2012, art. 6º, caput)

Art. 261. Deverão ser registradas em BPA/I o CNPJ da empresa que realizou a manutenção ou adaptação da OPM ou do próprio estabelecimento, caso seja ele o executor do procedimento. (Origem: PRT SAS/MS 971/2012, art. 6º, § 1º)

Art. 262. Deverão ser registrados os procedimentos relacionados à oficina ortopédica no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), para fins de monitoramento e avaliação da execução dos recursos que serão repassados pelo Ministério da Saúde para custeio destes procedimentos, e para fins de posterior criação de procedimentos específicos de manutenção/adaptação dos itens que compõem as formas de organização das OPM de meios auxiliares de locomoção, ortopédicas, auditivas e oftalmológicas. (Origem: PRT SAS/MS 971/2012, art. 6º, § 2º)

Art. 263. As classificações relacionadas a Dispensação de OPM não exigirão composição mínima de profissionais. (Origem: PRT SAS/MS 722/2013, art. 2º, parágrafo único)

Art. 264. Fica alterado o Serviço Especializado e as habilitações relacionadas à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). (Origem: PRT SAS/MS 492/2013, art. 1º, caput)

Art. 265. Fica readequada, na tabela de Serviços Especializados do SCNES, a composição mínima de profissionais para realização o Serviço Especializado 135 - Serviço de Reabilitação e inclui novas classificações para o serviço especializado, conforme Anexo XLVII. (Origem: PRT SAS/MS 492/2013, art. 2º, caput)

§ 1º Fica excluída a classificação 006 - Assistência Ventilatória, onde os serviços cadastrados nesta classificação deverão ser reclassificados no Serviço Especializado 133 - Serviço de Pneumologia, classificação 001 - Tratamento de Doenças das Vias Aéreas Inferiores. (Origem: PRT SAS/MS 492/2013, art. 2º, § 1º)

§ 2º Será permitido o cadastro do serviço especializado 135 - Serviço de Reabilitação, 007 - Oficina Ortopédica Fixa apenas para estabelecimentos que tenham cadastrado a classificação 003 - Reabilitação Física. (Origem: PRT SAS/MS 492/2013, art. 2º, § 2º)

§ 3º Será permitido o cadastro do serviço especializado 135 - Serviço de Reabilitação, classificações 008 - Oficina Ortopédica Itinerante Terrestre e 009 - Oficina Ortopédica Itinerante Fluvial apenas para estabelecimentos que tenham cadastrados a classificação 007 - Oficina Ortopédica Fixa. (Origem: PRT SAS/MS 492/2013, art. 2º, § 3º)

Art. 266. Fica excluído o serviço especializado 156 - Serviço de Atenção à Saúde das Pessoas Estomizadas, que terá suas classificações incorporadas ao serviço de 135 - Serviço de Reabilitação, classificações 012 - Atenção à Saúde das Pessoas Estomizadas I e 013 - Atenção à Saúde das Pessoas Estomizadas II. (Origem: PRT SAS/MS 492/2013, art. 3º, caput)

Art. 267. Fica atualizada a Tabela de Habilitação do SCNES conforme Anexo XLVI. (Origem: PRT SAS/MS 492/2013, art. 4º, caput)

§ 1º Fica definido que o critério de habilitação dos serviços seguirá o estabelecido no documento Passo a Passo para Habilitação de Serviços do Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência disponível no site do Ministério da Saúde (<http://www.saude.gov.br/pessoacomdeficiencia>). (Origem: PRT SAS/MS 492/2013, art. 4º, § 1º)

§ 2º Considerando a maior complexidade dos serviços de reabilitação prestados pelos estabelecimentos habilitados em 22.05, a equipe mínima do Serviço Especializado 135 - Serviço de Reabilitação, classificação 005 - Reabilitação Auditiva deverá ter a composição definida no grupo 02. (Origem: PRT SAS/MS 492/2013, art. 4º, § 2º)

§ 3º Os estabelecimentos habilitados em 22.05, que não tiverem a composição mínima definida no grupo 02 serão advertidos e monitorados mensalmente, ficando a cargo da Área Técnica Saúde da Pessoa com Deficiência (Deficiente/DAPES/SAES/MS) a análise sobre a continuidade ou não da habilitação. (Origem: PRT SAS/MS 492/2013, art. 4º, § 3º)

Art. 268. Fica estabelecido que os Centros Especializados em Reabilitação (CER) deverão ser cadastrados no Tipo de Estabelecimento 36 - Clínica Especializada/Centro de Especialidade, subtipos 36.02 Centro Especializado em Reabilitação (CER-II), 36.03 Centro Especializado em Reabilitação (CER-III) ou 36.04 Centro Especializado em Reabilitação (CER-IV) e deverão prestar Serviço de Reabilitação de Alta Complexidade em mais de uma especialidade, devendo seguir as seguintes regras: (Origem: PRT SAS/MS 492/2013, art. 5º, caput)

§ 1º Os estabelecimentos cadastrados sob subtipo 36.02 deverão ser habilitados em 2 (duas) modalidades das habilitações 22.08, 22.09, 22.10 ou 22.11. (Origem: PRT SAS/MS 492/2013, art. 5º, § 1º)

§ 2º Os estabelecimentos cadastrados sob o subtipo de estabelecimento 36.03 deverão ser habilitados em 3 (três) modalidades das habilitações 22.08, 22.09, 22.10 ou 22.11. (Origem: PRT SAS/MS 492/2013, art. 5º, § 2º)

§ 3º Os estabelecimentos cadastrados sob o subtipo de estabelecimento 36.04 deverão ser habilitados nas 4 (quatro) modalidades das habilitações 22.08, 22.09, 22.10 ou 22.11. (Origem: PRT SAS/MS 492/2013, art. 5º, § 3º)

§ 4º Os estabelecimentos habilitados em 22.08 - CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO (CER) - MODALIDADE FÍSICA a composição mínima do Serviço Especializado 135 - Serviço de Reabilitação, classificação 003 - Reabilitação Física deverá ter a composição definida no grupo 02. (Origem: PRT SAS/MS 492/2013, art. 5º, § 4º)

§ 5º Os estabelecimentos habilitados em 22.09 - CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO (CER) - MODALIDADE INTELECTUAL a composição mínima do Serviço Especializado 135 - Serviço de Reabilitação, classificação 002 - Reabilitação Intelectual deverá ter a composição definida no grupo 02. (Origem: PRT SAS/MS 492/2013, art. 5º, § 5º)

§ 6º Os estabelecimentos habilitados em 22.11 - CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO (CER) - MODALIDADE VISUAL a composição mínima do Serviço Especializado 135 - SERVIÇO DE REABILITAÇÃO, classificação 001 - REABILITAÇÃO VISUAL deverá ter a composição definida no grupo 02. (Origem: PRT SAS/MS 492/2013, art. 5º, § 6º)

§ 7º Caso o estabelecimento cadastrado nos subtipos de estabelecimento 36.02, 36.03 ou 36.04, realize o serviço especializado 135 - Serviço de Reabilitação, classificações 012 - Atenção à Saúde das Pessoas Estomizadas I e 013 - Atenção à Saúde das Pessoas Estomizadas II, este deverá ser habilitado no código 22.08 - CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO (CER) - MODALIDADE FÍSICA. (Origem: PRT SAS/MS 492/2013, art. 5º, § 7º)

§ 8º Os estabelecimentos habilitados em 22.08, 22.09 ou 22.11 que não tiverem as composições mínimas definidas no grupo 02 das respectivas classificações serão advertidos e monitorados mensalmente, ficando a cargo da Área Técnica Saúde da Pessoa com Deficiência (Deficiente/DAPES/SAES/MS) a análise sobre a continuidade ou não da habilitação. (Origem: PRT SAS/MS 492/2013, art. 5º, § 8º)

Art. 269. Os incentivos financeiros de custeio de código 8.34 Oficina Ortopédica Fixa ou 82.35 Oficina Ortopédica Itinerante Terrestre ou 82.36 Oficina Ortopédica Itinerante Fluvial correspondem a um valor fixo pré-pago no teto financeiro do gestor, devendo o estabelecimento registrar a produção realizada normalmente e gerar crédito apenas para a dispensação de OPM Ambulatoriais: auxiliares de locomoção, oftálmicas, ortopédicas, substituição/troca e respectivas adaptações e manutenção. (Origem: PRT SAS/MS 1297/2012, art. 1º, caput)

Parágrafo Único. Para receber o incentivo financeiro de custeio, as oficinas ortopédicas deverão estar cadastradas conforme estabelecido nesta subseção. (Origem: PRT SAS/MS 1297/2012, art. 1º, parágrafo único)

Art. 270. Caberá à Coordenação-Geral de Gestão de Sistemas de Informações em Saúde do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle (CGSI/DRAC/SAES/MS) a adoção das providências necessárias junto ao Departamento de Informática do SUS, da Secretaria-Executiva (DATASUS/SE), no sentido de adequar o SCNES e o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), implantando as alterações definidas por esta subseção de forma a garantir a geração de informações relativas à conformação das Redes de Atenção à Saúde. (Origem: PRT SAS/MS 1297/2012, PRT SAS/MS 971/2012, art. 7º, caput, art. 2º, caput)

Subseção VI

Das Normas do Cadastramento para o Programa Academia da Saúde no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)

Art. 271. Fica redefinido, no SCNES, o cadastramento do Programa Academia da Saúde. (Origem: PRT SAS/MS 24/2014, art. 1º, caput)

Art. 272. O tipo de Estabelecimento 74 Polo de Academia da Saúde passa a observar as seguintes regras de cadastramento no SCNES: (Origem: PRT SAS/MS 24/2014, art. 2º, caput)

I - os polos do Programa Academia da Saúde devem caracterizar-se como espaços de livre acesso à população para o desenvolvimento de ações que contribuam para a promoção da saúde e produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população; (Origem: PRT SAS/MS 24/2014, art. 2º, I)

II - os estabelecimentos deste tipo são exclusivamente da esfera pública; (Origem: PRT SAS/MS 24/2014, art. 2º, II)

III - o polo de academia da saúde deve estar na área de abrangência de pelo menos 1 (um) estabelecimento de Atenção Básica; (Origem: PRT SAS/MS 24/2014, art. 2º, III)

IV - os equipamentos esportivos como ginásios, quadras esportivas e poliesportivas, clubes comunitários de esporte, lazer e recreação, centro de treinamento desportivo, centro social urbano e conjunto de equipamentos para exercício físico resistido, dispostos em praças, parques e clubes, não são considerados polos do Programa Academia da Saúde. (Origem: PRT SAS/MS 24/2014, art. 2º, IV)

Art. 273. Fica criada na Tabela de Serviço de Apoio do SCNES a opção 12 Estrutura de Academia da Saúde. (Origem: PRT SAS/MS 24/2014, art. 3º, caput)

§ 1º Os estabelecimentos de tipo 74 Polo de Academia da Saúde deverão cadastrar obrigatoriamente este serviço de apoio. (Origem: PRT SAS/MS 24/2014, art. 3º, § 1º)

§ 2º As estruturas para desenvolvimento de atividades reconhecidas como similares ao Programa Academia da Saúde, dispostas em estabelecimentos da atenção básica dos tipos: 01 Posto de Saúde, 02 Centro de Saúde/Unidade Básica, 15 Unidade Mista, deverão cadastrar obrigatoriamente na opção 12 Estrutura de Academia da Saúde. (Origem: PRT SAS/MS 24/2014, art. 3º, § 2º)

Art. 274. O município que não possui NASF implantado deverão cadastrar no estabelecimento tipo 74 Polo de Academia da Saúde ou nos estabelecimentos da atenção básica com estrutura de academia da saúde, pelo menos 1 (um) profissional com carga horária semanal de 40 (quarenta) horas semanais ou 2 (dois) profissionais com carga horária mínima de 20 (vinte) horas semanais, de acordo com a lista de ocupações. (Origem: PRT SAS/MS 24/2014, art. 4º, caput)

Art. 275. Ficam incluídos, na tabela de incentivos do SCNES, os incentivos relativos ao Programa Academia da Saúde, conforme estabelecido a seguir: (Origem: PRT SAS/MS 24/2014, art. 7º, caput)

I - CÓD-81.12; Descrição: Academia da Saúde em municípios com NASF; Responsabilidade - Centralizada: é um valor fixo pago no Piso da Atenção Básica Variável para custeio das ações realizadas nos polos do Programa Academia da Saúde em município com NASF implantado e vinculado ao polo ou unidade de saúde com estrutura de Academia da Saúde (Origem: PRT SAS/MS 24/2014, art. 7º, I)

II - CÓD-81.13; Descrição: Academia da Saúde em Municípios Sem NASF Responsabilidade - Centralizada: é um valor fixo pago no Piso Variável de Vigilância em Saúde (PVVS) para custeio das ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde realizados no Programa Academia da Saúde em município que não tem equipes NASF implantadas. (Origem: PRT SAS/MS 24/2014, art. 7º, II)

§ 1º Apenas os polos de Academia da Saúde ou estabelecimentos da atenção básica com estrutura de Academia da Saúde habilitados por portaria específica e que tiverem cadastrados os incentivos nos códigos 81.12 Academia da Saúde em Municípios Com NASF ou 81.13 Academia da Saúde em Municípios Sem NASF farão jus ao repasse de incentivo de custeio do Programa Academia da Saúde. (Origem: PRT SAS/MS 24/2014, art. 7º, § 1º)

§ 2º Os polos do Programa Academia da Saúde cadastrados no código 81.12 Academia da Saúde em Municípios com NASF serão publicados pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAES/MS), em portaria específica. (Origem: PRT SAS/MS 24/2014, art. 7º, § 2º)

§ 3º Os municípios com polos do Programa Academia da Saúde cadastrados no código 81.13 Academia da Saúde em Municípios Sem NASF serão publicados pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), em portaria específica. (Origem: PRT SAS/MS 24/2014, art. 7º, § 3º)

Art. 276. Cabe aos gestores municipais e do Distrito Federal a geração de código CNES dos Polos de Academia da Saúde - código 74 ou a inserção do Serviço de Apoio 12 Estrutura de Academia da Saúde em estabelecimento da Atenção Básica, o qual será considerado para repasse de recurso de custeio pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT SAS/MS 24/2014, art. 8º, caput)

Parágrafo Único. Para fins de custeio, o endereço do Polo de Academia da Saúde ou estabelecimentos de saúde da Atenção Básica com estrutura de Academia da Saúde deverá ser o mesmo da proposta de construção ou do polo similar habilitado pelo Ministério da Saúde, em portaria específica. (Origem: PRT SAS/MS 24/2014, art. 8º, parágrafo único)

Art. 277. O Ministério da Saúde suspenderá o repasse do Piso Variável da Atenção Básica referente ao recurso de custeio do Programa de Academia da Saúde ao município e/ou ao Distrito Federal, nos casos em que forem constatadas, por meio do monitoramento e/ou da supervisão direta do Ministério da Saúde ou da secretaria estadual de saúde ou por auditoria do DENASUS, alguma das seguintes situações: (Origem: PRT SAS/MS 24/2014, art. 9º, caput)

I - não alimentação do sistema de informação vigente para registro das informações referentes às atividades desenvolvidas pelo Programa Academia da Saúde; (Origem: PRT SAS/MS 24/2014, art. 9º, I)

II - ausência pelo menos um dos profissionais da equipe NASF, por um período superior a 60 (sessenta) dias, com exceção dos períodos em que a contratação de profissionais esteja eventualmente impedida por legislação específica; (Origem: PRT SAS/MS 24/2014, art. 9º, II)

III - descumprimento da carga horária mínima prevista para o(s) profissional(is) do Programa Academia da Saúde. (Origem: PRT SAS/MS 24/2014, art. 9º, III)

Art. 278. A manutenção do repasse de recursos financeiros de custeio do Piso Variável da Vigilância em Saúde (PVVS), bem como as regras para suspensão e cancelamento do repasse, obedecerá as regras estabelecidas no Capítulo I do Anexo III da Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017 e regulamentação do Inciso I do art. 436, da Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017. (Origem: PRT SAS/MS 24/2014, art. 10, caput)

Art. 279. Para fins de monitoramento das ações do Programa Academia da Saúde serão considerados os seguintes procedimentos constantes da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, a serem informados a partir do registro das atividades no Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB): (Origem: PRT SAS/MS 24/2014, art. 11, caput)

I - Código: 01.01.01.001-0, Descrição: Atividade Educativa / Orientação em Grupo na Atenção Básica; (Origem: PRT SAS/MS 24/2014, art. 11, I)

II - Código: 01.01.01.003-6, Descrição: Prática Corporal / Atividade Física em Grupo; (Origem: PRT SAS/MS 24/2014, art. 11, II)

III - Código: 01.01.01.004-4, Descrição: Práticas Corporais em Medicina Tradicional Chinesa; (Origem: PRT SAS/MS 24/2014, art. 11, III)

IV - Código: 03.01.01.003-O, Descrição: Consulta de Profissionais de Nível Superior na Atenção Básica. (Origem: PRT SAS/MS 24/2014, art. 11, IV)

Art. 280. Caberá à Coordenação-Geral de Gestão de Sistemas de Informações em Saúde do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle (CGSI/DRAC/SAES/MS), providenciará junto ao Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS/SE/MS) para que sejam efetivadas as adequações no SCNES, definidas nesta subseção. (Origem: PRT SAS/MS 24/2014, art. 12, caput)

Seção III

Da Obrigatoriedade da Inserção dos Contrato entre os Estabelecimentos de Saúde e o gestor de saúde para prestação de serviços no CNES

Art. 281. É obrigatória a inserção da informação de formalização de contrato entre os estabelecimentos de saúde e o gestor de saúde para prestação de serviços no âmbito do SUS no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). (Origem: PRT SAS/MS 1119/2018, art. 1º, caput)

§ 1º Fica incluída a informação de formalização de contrato, na seção módulo básico, caracterização do estabelecimento de saúde, do CNES. (Origem: PRT SAS/MS 1119/2018, art. 1º, § 1º)

§ 2º Os estabelecimentos de saúde, de natureza jurídica dos grupos 2 - Entidades Empresariais, 3 - Entidades sem Fins Lucrativos e 4 - Pessoas Físicas, deverão informar, obrigatoriamente, se há formalização de contrato junto ao gestor de saúde quando prestar serviços de saúde no âmbito do SUS. (Origem: PRT SAS/MS 1119/2018, art. 1º, § 2º)

§ 3º Exclui a seção Convênio/Contrato/TCEP do CNES. (Origem: PRT SAS/MS 1119/2018, art. 1º, § 3º)

Art. 282. Caberá à Coordenação-Geral de Gestão de Sistemas de Informação em Saúde do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle (CGSI/DRAC/SAES/MS), formalizar junto ao Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) a operacionalização desta seção no CNES. (Origem: PRT SAS/MS 1119/2018, art. 3º, caput)

Seção IV

Da Obrigatoriedade da Informação de Localização Geográfica e Horário de Funcionamento para Todos os Estabelecimentos constantes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

Art. 283. Fica definida a obrigatoriedade da informação de localização geográfica e horário de funcionamento para todos os estabelecimentos constantes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). (Origem: PRT SAS/MS 359/2019, art. 1º, caput)

Seção V

Da Geração do Arquivo do SCNES para Processamento do SIA, SIH, CIHA

Art. 284. Ficam definidas novas regras para a geração do arquivo do SCNES, necessário para processamento do SIA, SIH, CIHA e outros sistemas de informação que se utilizem desta base de dados. (Origem: PRT SAS/MS 143/2013, art. 1º, caput)

Art. 285. Fica determinado que a partir da competência abril/2013, o arquivo definitivo de estabelecimentos de saúde destinado ao processamento do SIA, SIH e CIHA será gerado a partir da base nacional do SCNES, disponível no endereço eletrônico <http://cnes.datasus.gov.br>, na área de acesso restrito de cada gestor de saúde. (Origem: PRT SAS/MS 143/2013, art. 2º, caput)

§ 1º O arquivo definitivo terá layout único, devendo ser importado no SIA, SIH e CIHA. (Origem: PRT SAS/MS 143/2013, art. 2º, § 1º)

§ 2º O arquivo definitivo será gerado automaticamente após o encerramento da competência do SCNES. (Origem: PRT SAS/MS 143/2013, art. 2º, § 2º)

§ 3º A geração será única e definitiva, de forma a garantir que as informações contidas na base nacional do SCNES até a data limite da competência reflitam os dados cadastrais dos estabelecimentos de saúde daquele mês. (Origem: PRT SAS/MS 143/2013, art. 2º, § 3º)

§ 4º Todos os municípios devem possuir condição de exportação de arquivos ao Departamento de Informática do SUS (DATASUS), pois a única forma de obter o arquivo de SCNES para processamento, será através do website do SCNES. (Origem: PRT SAS/MS 143/2013, art. 2º, § 4º)

Art. 286. Ficará disponível um histórico de arquivos definitivos dos 6 (seis) últimos meses, na área de acesso ao gestor, no site do CNES, em virtude da possibilidade de envio de produção atrasada do SIA, SIH e CIHA. (Origem: PRT SAS/MS 143/2013, art. 3º, caput)

Parágrafo Único. A cópia de segurança destes arquivos, inclusive para processamento de competências que ultrapassem os 6 (seis) meses de histórico disponíveis, ficará sob responsabilidade do gestor municipal e estadual de saúde. (Origem: PRT SAS/MS 143/2013, art. 3º, parágrafo único)

Art. 287. O não envio da base de dados do SCNES para a base nacional até a data limite da competência, implicará na replicação da base de dados cadastrais dos estabelecimentos de saúde do mês anterior para a competência vigente. (Origem: PRT SAS/MS 143/2013, art. 4º, caput)

Parágrafo Único. O arquivo necessário para o processamento do SIA, SIH e CIHA será disponibilizado somente após o envio da Declaração de Não Envio pelo gestor de saúde. (Origem: PRT SAS/MS 143/2013, art. 4º, parágrafo único)

Art. 288. A atual funcionalidade "Gerar Base Padrão TXT para SIA/SIH/CIHA" do SCNES, será alterada para gerar arquivos provisórios, para fins de prévias de processamento do SIA, SIH, e CIHA. (Origem: PRT SAS/MS 143/2013, art. 5º, caput)

Parágrafo Único. Os arquivos finais do SIA, SIH e CIHA somente poderão ser enviados via módulo transmissor com o arquivo gerado a partir da base nacional do SCNES. (Origem: PRT SAS/MS 143/2013, art. 5º, parágrafo único)

Art. 289. A partir da competência abril/2013, será possível gerar arquivo do SCNES de cada estabelecimento de saúde, para fins de importação nos sistemas de captação dos atendimentos ambulatorial e hospitalar. (Origem: PRT SAS/MS 143/2013, art. 6º, caput)

Parágrafo Único. O arquivo SCNES para captação tem o objetivo de possibilitar a realização de consistências de produção já no processo de captação dos atendimentos. (Origem: PRT SAS/MS 143/2013, art. 6º, § 2º)

Art. 290. Cabe à Coordenação-Geral de Gestão de Sistemas de Informações em Saúde do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle (CGSI/DRAC/SAES/MS), por meio do Departamento de Informática do SUS da Secretaria-Executiva (DATASUS/SE/MS), junto a Secretaria de Atenção Especializada à Saúde do Ministério da Saúde (SAES/MS), para o cumprimento do disposto nesta seção. (Origem: PRT SAS/MS 143/2013, art. 7º, caput)

Seção VI

Das Normas do Cadastramento de Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel de Urgência no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

Subseção I

Da Central de Regulação das Urgências

CAPÍTULO IV

DO REGULAMENTO PARA EMISSÃO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

Art. 291. As internações dos pacientes nas unidades assistenciais do Sistema Único de Saúde (SUS) classificam-se em 2 (duas) categorias: (Origem: PRT SAS/MS 113/1997, art. 1º, caput)

I - internação eletiva; (Origem: PRT SAS/MS 113/1997, art. 1º, I)

II - internação de urgência/emergência. (Origem: PRT SAS/MS 113/1997, art. 1º, II)

§ 1º A internação eletiva somente poderá ser efetuada mediante a apresentação, pelo paciente ou seu responsável, de laudo médico previamente autorizado e/ou Autorização de Internação Hospitalar (AIH), emitida pela secretaria de saúde. (Origem: PRT SAS/MS 113/1997, art. 1º, § 1º)

§ 2º Em caso de urgência/emergência, a internação do paciente se fará independentemente de autorização prévia. (Origem: PRT SAS/MS 113/1997, art. 1º, § 2º)

Art. 292. Para emissão da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) de urgência/emergência, deverá ser emitido laudo pelo médico responsável pela internação. (Origem: PRT SAS/MS 113/1997, art. 2º, caput)

Parágrafo Único. O laudo médico de que trata o caput, será visado pelo diretor clínico da unidade assistencial e encaminhado, no prazo máximo de 2 (dois) dias úteis, ao órgão competente do SUS, para emissão do documento de Autorização da Internação Hospitalar (AIH) referido no Art. 291, § 1º. (Origem: PRT SAS/MS 113/1997, art. 2º, parágrafo único)

Art. 293. Ocorrendo dúvidas quanto à confirmação da necessidade da internação, caberá à secretaria de saúde a avaliação do caso, concordando ou não com a emissão do documento de Autorização de Internação Hospitalar (AIH). (Origem: PRT SAS/MS 113/1997, art. 3º, caput)

Parágrafo Único. Esta decisão deverá ser comunicada no prazo de até 2 (dois) dias úteis após o recebimento do laudo médico. (Origem: PRT SAS/MS 113/1997, art. 3º, parágrafo único)

Art. 294. A emissão da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) garantirá a internação em enfermaria, com sanitários e banheiros proporcionais ao número de leitos e assegurará o pagamento das despesas médico-hospitalares em conformidade com os valores estabelecidos pelo Ministério da Saúde e publicados no Diário Oficial da União. (Origem: PRT SAS/MS 113/1997, art. 4º, caput)

Parágrafo Único. A AIH garante a gratuidade total da assistência prestada, sendo vedada a profissionais e/ou às unidades assistenciais públicas ou privadas, contratadas ou conveniadas, a cobrança ao paciente ou seus familiares, de complementariedade, a qualquer título. (Origem: PRT SAS/MS 113/1997, art. 4º, parágrafo único)

Art. 295. Nos casos de urgência/emergência, e não havendo leitos disponíveis nas enfermarias, cabe à unidade assistencial proceder a internação do paciente em acomodações especiais, até que ocorra vaga em leito de enfermarias, sem cobrança adicional, a qualquer título. (Origem: PRT SAS/MS 113/1997, art. 5º, caput)

Art. 296. Fica permitida a emissão de AIHs para pacientes sem documento de identificação, sem condições de prestar informações ou na ausência de responsável que o identifique nos seguintes casos: (Origem: PRT SAS/MS 84/1997, art. 1º, caput)

I - pacientes acidentados graves; (Origem: PRT SAS/MS 84/1997, art. 1º, I)

II - pacientes psiquiátricos encontrados em vias públicas; (Origem: PRT SAS/MS 84/1997, art. 1º, II)

III - pacientes com problemas neurológicos graves ou comatosos; (Origem: PRT SAS/MS 84/1997, art. 1º, III)

IV - pacientes incapacitados por motivos sociais e/ou culturais. (Origem: PRT SAS/MS 84/1997, art. 1º, IV)

Art. 297. Nos casos acima descritos os campos de identificação do pacientes na AIH, deverão ser preenchidos da seguinte forma: (Origem: PRT SAS/MS 84/1997, art. 2º, caput)

I - dados do paciente: ignorados; (Origem: PRT SAS/MS 84/1997, art. 2º, I)

II - residência habitual: não preencher, com exceção do CEP que deverá ser informado o do hospital; (Origem: PRT SAS/MS 84/1997, art. 2º, II)

III - data do nascimento: deverão ser colocados zeros nos dígitos relativos a dia e mês, sendo ano de nascimento preenchido com a idade aproximada obtida através da avaliação clínica do paciente. (Origem: PRT SAS/MS 84/1997, art. 2º, III)

Art. 298. É obrigatória a informação da CID (da causa da morte nas AIH - Autorização de Internação Hospitalar), sempre que o motivo da alta for óbito. (Origem: PRT SAS/MS 718/2006, art. 1º, caput)

Art. 299. Manter a possibilidade de informação, no SIH/SUS, da desvinculação de honorários dos serviços profissionais para pessoas físicas e/ou jurídicas nas condições a seguir especificadas: (Origem: PRT SAS/MS 719/2007, art. 3º, caput)

I - a desvinculação dos honorários dos serviços profissionais depende da formalização do contrato/convênio estabelecido entre o gestor municipal, DF ou estadual e o estabelecimento de saúde hospitalar para atendimento ao SUS; (Origem: PRT SAS/MS 719/2007, art. 3º, § 1º)

II - o gestor estadual ou municipal deverá configurar no Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado (SIHD), a opção de desvinculação ou não de pessoa física e/ou jurídica, por meio do Cadastro de Pessoa Física (CPF), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ), sendo o CNPJ para fornecedores de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM) e para terapia nutricional, até a conclusão do processo de habilitação dos estabelecimentos de saúde. (Origem: PRT SAS/MS 719/2007, art. 3º, § 2º)

Art. 300. Deverão estar disponíveis nos sítios <http://sia.datasus.gov.br> e <http://sihd.datasus.gov.br>, com as alterações instituídas por este capítulo, os formulários de laudos de solicitação/autorização relativos a: (Origem: PRT SAS/MS 719/2007, art. 6º, caput)

I - internação hospitalar; (Origem: PRT SAS/MS 719/2007, art. 6º, I)

II - mudança de procedimentos; (Origem: PRT SAS/MS 719/2007, art. 6º, II)

III - procedimentos especiais; (Origem: PRT SAS/MS 719/2007, art. 6º, III)

IV - procedimentos ambulatoriais. (Origem: PRT SAS/MS 719/2007, art. 6º, IV)

Art. 301. Compete ao Departamento de Informática do SUS (DATASUS/SE/MS) disponibilizar as versões dos sistemas e aplicativos de forma a contemplar os documentos relacionados no art. 300. (Origem: PRT SAS/MS 719/2007, art. 7º, caput)

Art. 302. Na cobrança de procedimentos sequenciais em neurocirurgia, os procedimentos realizados, no máximo em número de 5 (cinco), deverão ser lançados em ordem decrescente de complexidade e valores e serão remunerados em percentual decrescente de valores, na ordem que forem lançados e de acordo com o seguinte percentual remunerado: (Origem: PRT SAS/MS 9/2014, art. 3º, caput)

I - primeiro procedimento: 100% (cem por cento); (Origem: PRT SAS/MS 9/2014, art. 3º, I)

II - segundo procedimento: 75% (setenta e cinco por cento); (Origem: PRT SAS/MS 9/2014, art. 3º, II)

III - terceiro procedimento: 50% (cinquenta por cento); (Origem: PRT SAS/MS 9/2014, art. 3º, III)

IV - quarto procedimento: 50% (cinquenta por cento); (Origem: PRT SAS/MS 9/2014, art. 3º, IV)

V - quinto procedimento: 50% (cinquenta por cento). (Origem: PRT SAS/MS 9/2014, art. 3º, V)

Art. 303. Fica incluído, na Tabela de Regras Condicionadas do SIGTAP, o código "0007 - CONDICIONA A REJEIÇÃO DA AIH - NEUROCIRURGIA" se houver duplicidade de AIH na mesma competência de processamento no SIHD e, se entre todas estas AIH existirem como procedimentos principais os de código 04.15.02.007-7 - Procedimentos Sequenciais em Neurocirurgia ou quaisquer outros iniciados por 0403, caberá ao gestor aprovar apenas uma destas AIH. (Origem: PRT SAS/MS 9/2014, art. 4º, caput)

Art. 304. Os procedimentos sequenciais, para a sua cobrança, deverão ser registrados no campo de procedimentos realizados da AIH. (Origem: PRT SAS/MS 718/2010, art. 5º, § 1º)

Art. 305. Na cobrança de procedimentos sequenciais em Anomalia Crânio e Bucomaxilofacial, os procedimentos realizados, no máximo em número de 3 (três), deverão ser lançados em ordem decrescente de complexidade e valores. (Origem: PRT SAS/MS 718/2010, art. 5º, § 2º)

Art. 306. Na cobrança de procedimentos sequenciais em Anomalia Crânio e Bucomaxilofacial, os procedimentos realizados serão remunerados em percentual decrescente de valores, na ordem que forem lançados e de acordo com o seguinte: (Origem: PRT SAS/MS 718/2010, art. 5º, § 3º)

I - primeiro procedimento com percentual remunerado de 100% (cem por cento); (Origem: PRT SAS/MS 718/2010, art. 5º, § 3º, I)

II - segundo procedimento com percentual remunerado de 75% (setenta e cinco por cento); (Origem: PRT SAS/MS 718/2010, art. 5º, § 3º, II)

III - terceiro procedimento com percentual remunerado de 50% (cinquenta por cento). (Origem: PRT SAS/MS 718/2010, art. 5º, § 3º, III)

Art. 307. Os enxertos ósseos e cartilaginosos, tanto autógenos como homogêneos devem obedecer aos critérios definidos no Anexo I da Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017, do Sistema Nacional de Transplante (SNT). (Origem: PRT SAS/MS 718/2010, art. 10, caput)

Seção I

Dos Conceitos de Diagnóstico Principal e Secundário Utilizados para a Entrada de Dados das Autorizações de Internação Hospitalar

Art. 308. Ficam estabelecidas as seguintes modificações no layout das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH): (Origem: PRT SAS/MS 1324/2014, art. 1º, caput)

I - exclusão do campo "Diagnóstico da Causa Morte"; (Origem: PRT SAS/MS 1324/2014, art. 1º, I)

II - exclusão do campo "Diagnóstico Causas Complementares"; (Origem: PRT SAS/MS 1324/2014, art. 1º, II)

III - inclusão de 8 (oito) campos de CID secundário. (Origem: PRT SAS/MS 1324/2014, art. 1º, III)

Art. 309. O diagnóstico principal é a condição estabelecida após estudo de forma a esclarecer qual o mais importante ou principal motivo responsável pela admissão do paciente no hospital. (Origem: PRT SAS/MS 1324/2014, art. 2º, caput)

§ 1º Considerando que o diagnóstico primário reflete achados clínicos descobertos durante a permanência do paciente, ele pode ser diferente do diagnóstico de admissão. (Origem: PRT SAS/MS 1324/2014, art. 2º, § 1º)

§ 2º No caso de realização de cirurgias múltiplas a principal patologia encontrada deve ser registrada como CID principal, enquanto as demais patologias que determinaram as cirurgias devem ser registradas como CID secundários, sem prejuízo das demais informações. (Origem: PRT SAS/MS 1324/2014, art. 2º, § 2º)

Art. 310. Diagnóstico secundário são todas as condições que coexistem no momento da admissão, que se desenvolvem durante o período de internamento ou que afetem a atenção recebida e/ou o tempo de permanência no hospital. (Origem: PRT SAS/MS 1324/2014, art. 3º, caput)

§ 1º Doenças pré-existentes, que não têm qualquer influência sobre a atual internação, não devem ser registradas. (Origem: PRT SAS/MS 1324/2014, art. 3º, § 1º)

§ 2º Nos casos de internação por lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas, deve ser registrado no primeiro campo de CID secundário um CID do Capítulo XX cujos códigos estão no intervalo V01 a Y98 (causas externas de morbidade e mortalidade), e nos demais campos de CID secundário as lesões nos casos de politraumatizados, sem prejuízo das demais informações. (Origem: PRT SAS/MS 1324/2014, art. 3º, § 2º)

Art. 311. Ficam excluídas as críticas relativas as compatibilidades entre procedimentos realizados e diagnósticos registrados nas AIH. (Origem: PRT SAS/MS 1324/2014, art. 4º, caput)

Art. 312. Fica estabelecido que a atualização do layout da AIH estará disponível no endereço eletrônico <http://sihd.datasus.gov.br>. (Origem: PRT SAS/MS 1324/2014, art. 5º, caput)

Seção II

Da Série Numérica para as Autorizações de Internações Hospitalares (AIH)

Art. 313. Fica estabelecido que a partir da competência janeiro 2006, a definição da série numérica para as Autorizações de Internações Hospitalares (AIH) deverá ser de responsabilidade dos gestores estaduais e do Distrito Federal. (Origem: PRT SAS/MS 567/2005, art. 1º, caput)

Parágrafo Único. As séries numéricas referentes aos procedimentos regulados pela CNRAC e das cirurgias eletivas de média complexidade, são definidas pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT SAS/MS 567/2005, art. 1º, parágrafo único)

Art. 314. Fica definido que as séries numéricas citadas na seção e as referentes às autorizações dos procedimentos de alta complexidade/Custo - APAC deverão, a partir de janeiro/2006, constituir-se de 13 (treze) dígitos, incluído o dígito verificador, de acordo com a seguinte composição: (Origem: PRT SAS/MS 567/2005, art. 2º, caput)

I - primeiro e segundo dígitos correspondem a Unidade da Federação, de acordo com o código do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE (ex: 25 - Paraíba, 31 - Minas Gerais), exceto nos casos das séries numéricas ambulatorial e de internação específicas da CNRAC, que iniciarão com o número 99 indicando que corresponde a todo Brasil, sem divisão por unidade federada. (Origem: PRT SAS/MS 567/2005, art. 2º, I)

II - terceiro e quarto dígitos correspondem aos dois últimos algarismos do ano de referência (Ex: 06 para 2006). (Origem: PRT SAS/MS 567/2005, art. 2º, II)

III - o quinto dígito deverá ser o número: (Origem: PRT SAS/MS 567/2005, art. 2º, III)

a) 1 (um) para identificar que a autorização é de Internação (AIH) - uso geral; (Origem: PRT SAS/MS 567/2005, art. 2º, III, a)

b) 2 (dois) para identificar que a autorização é ambulatorial (APAC); (Origem: PRT SAS/MS 567/2005, art. 2º, III, b)

c) 3 (três) para identificar que a numeração é de internação (AIH) específica da CNRAC; (Origem: PRT SAS/MS 567/2005, art. 2º, III, c)

d) 4 (quatro) para identificar que a autorização é ambulatorial (APAC) específica da CNRAC; (Origem: PRT SAS/MS 567/2005, art. 2º, III, d)

e) 5 (cinco) para identificar que a autorização é de internação (AIH) específica para procedimentos cirúrgicos eletivos de média complexidade; (Origem: PRT SAS/MS 567/2005, art. 2º, III, e)

IV - os 7 (sete) algarismos seguintes, que correspondem às posições 6, 7, 8, 9, 10, 11, e 12 obedecem a uma ordem crescente, começando em 0.000.001, indo até no máximo 9.999.999; (Origem: PRT SAS/MS 567/2005, art. 2º, IV)

V - o último algarismo, da posição 13, é o dígito verificador, calculado pelo programa "DR SYSTEM". (Origem: PRT SAS/MS 567/2005, art. 2º, V)

Art. 315. Caberá aos gestores estaduais e do Distrito Federal distribuírem as AIH e APAC por faixa numérica, aos seus municípios, com base na Programação Pactuada e Integrada. (Origem: PRT SAS/MS 567/2005, art. 3º, caput)

Parágrafo Único. As secretarias municipais de saúde, a partir do intervalo da faixa numérica que lhe couber, deverá também definir o intervalo de AIH e APAC para os seus órgãos de autorização locais. (Origem: PRT SAS/MS 567/2005, art. 3º, parágrafo único)

Art. 316. Fica estabelecido que a série numérica nacional para os procedimentos de internação que integram a CNRAC inicia na faixa 99.06.3.0.000.001-X e termina em 99.06.3.0.020.153-X. (Origem: PRT SAS/MS 567/2005, art. 4º, caput)

Art. 317. Fica definido que a série numérica nacional para os procedimentos ambulatoriais que integram a CNRAC inicia na faixa 99.06.4.0.000.001-X e termina em 99.06.4.0.005.123-X. (Origem: PRT SAS/MS 567/2005, art. 5º, caput)

Art. 318. Fica estabelecido que a série numérica nacional para os procedimentos das cirurgias eletivas conforme Anexo XLVIII. (Origem: PRT SAS/MS 567/2005, art. 6º, caput)

Art. 319. Fica recomendado que as secretarias estaduais de saúde adotem a sistemática de distribuição das AIH e APAC por meio eletrônico, evitando custos adicionais com a impressão das folhas numeradas e carbonadas para cada AIH ou APAC. (Origem: PRT SAS/MS 567/2005, art. 7º, caput)

Parágrafo Único. É possível a geração dos números de AIH e APAC a partir do módulo autorizador disponível no site do DATASUS, ou a partir de sistema desenvolvido pela própria secretaria de saúde. (Origem: PRT SAS/MS 567/2005, art. 7º, parágrafo único)

Art. 320. Fica estabelecido que a partir de 1º de janeiro de 2012 a definição da série numérica de AIH de cirurgias eletivas, identificada com o número 5 (cinco) no quinto dígito e a série numérica de APAC cirurgias eletivas, identificada com o número 6 (seis) no quinto dígito, será de responsabilidade dos gestores estaduais e do Distrito Federal, assim como serão responsáveis também pela sua distribuição, aos seus municípios, com base na Programação Pactuada e Integrada. (Origem: PRT SAS/MS 942/2011, art. 1º, caput)

Art. 321. Fica ratificado que cabe aos gestores estaduais e do Distrito Federal a definição da série numérica de AIH de uso geral, identificada com o número 1 (um) no quinto dígito e a série numérica de APAC, identificada com o número 2 (dois) no quinto dígito, assim como a sua distribuição, aos seus municípios, com base na Programação Pactuada e Integrada. (Origem: PRT SAS/MS 942/2011, art. 2º, caput)

Art. 322. Fica definido que é de responsabilidade do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS/MS) providenciar as adequações necessárias nos sistemas SIA e SIH/SUS ao que dispõe esta seção. (Origem: PRT SAS/MS 942/2011, art. 4º, caput)

CAPÍTULO V

DOS SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL DO SUS (SIA) E SISTEMA DE INFORMAÇÃO HOSPITALAR (SIH)

Seção I

Das Disposições Gerais

Art. 323. Ficam extintas as edições de portarias ministeriais que dispõem sobre atualizações de versões mensais do Sistema de Informações Hospitalares do SUS-SIH/SUS, a exemplo do que já se verifica com os demais sistemas de informação. (Origem: PRT SAS/MS 492/2004, art. 1º, caput)

Parágrafo Único. Os gestores estaduais/municipais e prestadores de serviços, de acordo com sua inserção no Sistema Único de Saúde, deverão baixar mensalmente as versões atualizadas dos Sistemas de Informação, que operacionalizam os procedimentos ambulatoriais e hospitalares que estarão disponíveis nos sites <http://sia.datasus.gov.br> e <http://sihd.datasus.gov.br>, respectivamente. (Origem: PRT SAS/MS 492/2004, art. 1º, parágrafo único)

Art. 324. O DATASUS deve adotar um ícone/link específico para acesso direto às versões atualizadas e válidas para cada competência na página inicial do Departamento na internet. (Origem: PRT SAS/MS 492/2004, art. 2º, caput)

Parágrafo Único. No acesso às versões atualizadas deverá existir em separado a referência a cada um dos sistemas e aplicativos utilizados, assim como a competência a que se refere de forma clara, direta, precisa e rápida. (Origem: PRT SAS/MS 492/2004, art. 2º, parágrafo único)

Seção II

Do Estabelecimento das Formas de Suporte dos Laudos de Autorização no Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA)

Art. 325. Os laudos de autorização utilizados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) no Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA) podem ser utilizados nas seguintes formas: (Origem: PRT SAS/MS 1011/2014, art. 1º, caput)

I - em suporte físico, na forma de formulários impressos e armazenados em papel; ou (Origem: PRT SAS/MS 1011/2014, art. 1º, I)

II - em suporte digital, por meio de sistemas de informação que realizem a emissão e armazenamento das respectivas autorizações, bem como a transação das informações digitais entre os gestores e estabelecimentos de saúde. (Origem: PRT SAS/MS 1011/2014, art. 1º, II)

Art. 326. Os laudos de solicitação/autorização ambulatorial e hospitalar em suporte físico devem ser legíveis, sem abreviaturas e com a assinatura do profissional solicitante e autorizador com respectivo carimbo. (Origem: PRT SAS/MS 1011/2014, art. 2º, caput)

§ 1º Os laudos mencionados no caput deverão ser impressos em via única, que deve ser anexada ao prontuário do paciente, não sendo mais necessário a manutenção de uma via destes nos órgãos autorizadores das secretarias estaduais e municipais de saúde. (Origem: PRT SAS/MS 1011/2014, art. 2º, § 1º)

§ 2º Os laudos armazenados nos órgãos autorizadores das secretarias estaduais e municipais de saúde poderão ser descartados. (Origem: PRT SAS/MS 1011/2014, art. 2º, § 2º)

§ 3º Laudos ilegíveis e com abreviaturas podem ser rejeitados pelo profissional autorizador. (Origem: PRT SAS/MS 1011/2014, art. 2º, § 3º)

Art. 327. Nos laudos de solicitação/autorização ambulatorial e hospitalar em suporte digital, os autorizadores devem utilizar certificação digital, nos padrões da Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira (ICP- Brasil), visando à validade legal destes documentos eletrônicos. (Origem: PRT SAS/MS 1011/2014, art. 3º, caput)

§ 1º Certificado digital é o documento eletrônico que contém o nome, número público exclusivo denominado chave pública e outros dados que identificam o seu emissor para as pessoas e sistemas de informação. (Origem: PRT SAS/MS 1011/2014, art. 3º, § 1º)

§ 2º O certificado digital é de uso individual e intransferível, conforme as normas técnicas estabelecidas pela ICP-Brasil ou de outro tipo com requisitos de segurança mais rigorosos e emitidos por autoridade certificadora integrante da ICP-Brasil. (Origem: PRT SAS/MS 1011/2014, art. 3º, § 2º)

§ 3º As autorizações realizadas por meio digital devem ser assinadas eletronicamente, com a utilização de certificados digitais válidos e emitidos por autoridade certificadora integrante da Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira (ICP-Brasil), instituída pelo art. 2º da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, e regulamentada pelo Decreto nº 6.605, de 14 de outubro de 2008. (Origem: PRT SAS/MS 1011/2014, art. 3º, § 3º)

Art. 328. Para os laudos em suporte digital, fica dispensada a impressão deste em suporte físico, desde que seja possível a sua recuperação por meio de backup, se solicitado pelos órgãos de controle ou de fiscalização. (Origem: PRT SAS/MS 1011/2014, art. 4º, caput)

Art. 329. São profissionais competentes e responsáveis pelos laudos de autorização para internação hospitalar: (Origem: PRT SAS/MS 1011/2014, art. 6º, caput)

I - médicos; (Origem: PRT SAS/MS 1011/2014, art. 6º, I)

II - cirurgiões-dentistas nos casos de autorizações de procedimentos bucomaxilofaciais; e (Origem: PRT SAS/MS 1011/2014, art. 6º, II)

III - enfermeiros obstetras, nos casos de autorizações de partos normais. (Origem: PRT SAS/MS 1011/2014, art. 6º, III)

Art. 330. Compete ao gestor local estabelecer o prazo máximo para que sejam concedidas as autorizações, tanto para casos eletivos como para as urgências, de acordo com a infraestrutura disponível em seus respectivos serviços de controle e avaliação. (Origem: PRT SAS/MS 1011/2014, art. 7º, caput)

Art. 331. Os laudos de solicitação/autorização enumerados no art. 326 devem conter os dados mínimos, conforme os modelos de informação disponibilizados nos endereços eletrônicos do SIH (<http://sihd.datasus.gov.br>) e SIA (<http://sia.datasus.gov.br>). (Origem: PRT SAS/MS 1011/2014, art. 5º, caput)

§ 1º É facultado aos gestores estaduais ou municipais o acréscimo de variáveis a serem coletadas nos laudos de solicitação/autorização, a fim de atender necessidades locais. (Origem: PRT SAS/MS 1011/2014, art. 5º, § 2º)

§ 2º Fica a cargo dos gestores estaduais e municipais a criação de formulários para os respectivos laudos, respeitando os dados mínimos obrigatórios, podendo também acrescentar opcionalmente outras informações de relevância para a gestão local. (Origem: PRT SAS/MS 1011/2014, art. 5º, § 3º)

Seção III

Do Preenchimento do Número do Cartão Nacional de Saúde do Usuário no Registro dos Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares

Art. 332. O preenchimento do número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do usuário será obrigatório para o registro dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares nos instrumentos de registro das ações de saúde do Ministério da Saúde. (Origem: POC SAS/MS,SGEP/MS 2/2012, art. 1º, caput)

Art. 333. Os estabelecimentos de saúde deverão solicitar e registrar o número do CNS no ato da admissão do paciente. (Origem: POC SAS/MS,SGEP/MS 2/2012, art. 2º, caput)

§ 1º Caso o usuário das ações e serviços de saúde não disponha da informação do número do seu CNS o estabelecimento de saúde, com registro no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), deverá efetuar a consulta dos dados do usuário, por meio do aplicativo de cadastro no endereço eletrônico disponibilizado pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) na internet, para obtenção do número do CNS. (Origem: POC SAS/MS,SGEP/MS 2/2012, art. 2º, § 1º)

§ 2º Caso o usuário das ações e serviços de saúde não possua cadastro na Base Nacional de Dados dos Usuários das Ações e Serviços de Saúde, o estabelecimento de saúde deverá efetuar o cadastro do usuário por meio do aplicativo de cadastro no endereço eletrônico disponibilizado pelo DATASUS na internet. (Origem: POC SAS/MS,SGEP/MS 2/2012, art. 2º, § 2º)

Art. 334. Será facultativo o preenchimento do número do CNS nos instrumentos de registro das ações de saúde, nos casos abaixo: (Origem: POC SAS/MS,SGEP/MS 2/2012, art. 3º, caput)

I - para ações de saúde realizadas em doadores falecidos, obedecendo-se o que determina a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 2007; e (Origem: POC SAS/MS,SGEP/MS 2/2012, art. 3º, I)

II - quando da impossibilidade de informar o número do CNS do paciente para atendimentos em Caráter de Atendimento 02 - Urgência, 03 - Acidente no local de trabalho ou a serviço da empresa, 04 - Acidente no trajeto para o trabalho, 05 - Outros tipo de acidente de trânsito, 06 - Outros tipos de lesões e envenenamento. (Origem: POC SAS/MS,SGEP/MS 2/2012, art. 3º, II)

§ 1º O estabelecimento e o gestor de saúde deverão apresentar justificativa textual nos instrumentos de registro, descrevendo a razão da falta da informação do número do CNS na ação de saúde. (Origem: POC SAS/MS,SGEP/MS 2/2012, art. 3º, § 1º)

§ 2º As ações de saúde apresentadas sem o número do CNS estarão bloqueadas nos sistemas de informação e somente serão desbloqueadas quando do aceite das justificativas por instâncias superiores. (Origem: POC SAS/MS,SGEP/MS 2/2012, art. 3º, § 2º)

Art. 335. É obrigatória a inclusão do número do CNS do profissional solicitante, executante e/ou autorizador, em substituição ao CPF nos instrumentos de registro: (Origem: POC SAS/MS,SGEP/MS 2/2012, art. 4º, caput)

I - Autorizações de Internação Hospitalares (AIH); (Origem: POC SAS/MS,SGEP/MS 2/2012, art. 4º, I)

II - Autorizações de Procedimentos Ambulatoriais (Apac); e (Origem: POC SAS/MS,SGEP/MS 2/2012, art. 4º, II)

III - Boletim de Produção Ambulatorial Individualizada (BPA- I). (Origem: POC SAS/MS,SGEP/MS 2/2012, art. 4º, III)

Parágrafo Único. Será mantida a informação do CPF para cessão de crédito nos casos previstos. (Origem: POC SAS/MS,SGEP/MS 2/2012, art. 4º, parágrafo único)

Art. 336. O endereço eletrônico e o telefone para contato dos usuários das Ações e Serviços de Saúde deverão fazer parte do registro do usuário na Base Nacional de Dados dos Usuários das Ações e Serviços de Saúde do Sistema Cartão Nacional de Saúde. (Origem: POC SAS/MS,SGEP/MS 2/2012, art. 5º, caput)

Art. 337. O layout de bancos de dados e formulários relativos ao Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e ao Sistema de Informação Hospitalar (SIH) estarão disponíveis nos endereços eletrônicos disponibilizados pelo DATASUS na internet, com as alterações instituídas por esta seção. (Origem: POC SAS/MS,SGEP/MS 2/2012, art. 7º, caput)

Seção IV

Da Programação Físico-orçamentária (FPO) do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA-SUS)

Art. 338. Fica flexibilizada a programação físico-orçamentária (FPO) do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), conforme modelo constante do Anexo XLIX, possibilitando ao gestor efetuar a programação dos estabelecimentos de saúde, por grupo, subgrupo, nível de organização e/ou procedimento, a partir da competência setembro de 2006. (Origem: PRT SAS/MS 496/2006, art. 1º, caput)

§ 1º No caso de programação por grupo, subgrupo ou nível de organização, caberá ao gestor estadual/municipal de saúde definir o valor médio referente ao agregado, portanto, o SIA/SUS fará a apuração da produção pelo valor total programado. (Origem: PRT SAS/MS 496/2006, art. 1º, § 1º)

§ 2º Quando a programação for realizada por procedimento o SIA/SUS fará o cálculo da meta física programada pelo valor unitário do procedimento. (Origem: PRT SAS/MS 496/2006, art. 1º, § 2º)

§ 3º A programação físico-orçamentária dos procedimentos financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec) deve ser realizada apenas por procedimento. (Origem: PRT SAS/MS 496/2006, art. 1º, § 3º)

Art. 339. Um mesmo estabelecimento de saúde pode ter mais de um nível de apuração: grupo, subgrupo, forma de organização e/ou procedimento, dependendo das prioridades estabelecidas pelo gestor. (Origem: PRT SAS/MS 496/2006, art. 2º, caput)

Parágrafo Único. O nível de apuração poderá ser igual ou superior ao programado. (Origem: PRT SAS/MS 496/2006, art. 2º, parágrafo único)

Art. 340. É de responsabilidade de todos os municípios a programação dos procedimentos ambulatoriais, de complexidade da atenção básica, independente do tipo de financiamento. (Origem: PRT SAS/MS 496/2006, art. 3º, caput)

Art. 341. Ficam mantidos, por procedimentos, os registros de produção ambulatorial por meio do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) e da Autorização de Procedimento Ambulatorial de Alta Complexidade/Custo (Apac), realizados pelos estabelecimentos de saúde que têm contrato/convênio SUS. (Origem: PRT SAS/MS 496/2006, art. 4º, caput)

Art. 342. A produção ambulatorial apresentada no SIA/SUS até 3 (três) meses após a realização do atendimento deverá onerar o orçamento do mês de apresentação, possibilitando ao gestor ajustar a programação físico-orçamentária, em conformidade com a programação pactuada integrada (PPI). (Origem: PRT SAS/MS 496/2006, art. 5º, caput)

§ 1º Para os procedimentos custeados pelo Faec deve ser observado o limite de recursos disponíveis, definidos em normalizações específicas. (Origem: PRT SAS/MS 496/2006, art. 5º, § 1º)

§ 2º O SIA/SUS deve manter a informação do mês de atendimento e da apresentação da produção. (Origem: PRT SAS/MS 496/2006, art. 5º, § 2º)

Art. 343. Fica definido que o sistema SIA/SUS passe a identificar os estabelecimentos que dispõem de contrato de gestão/metabolismo ou de incentivos, com base na tabela de regras contratuais do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) (contratos de gestão/incentivos que não geram crédito por produção), instituída por meio da seção. (Origem: PRT SAS/MS 496/2006, art. 6º, caput)

§ 1º Os gestores devem manter a programação (FPO) dos estabelecimentos de saúde com contrato de gestão/metabolismo, devendo o SIA/SUS emitir relatórios com valores de produção sem gerar informações para crédito no Sistema de Gestão de Informações Financeiras (SGIF) ou outro que o gestor estadual/municipal disponha. (Origem: PRT SAS/MS 496/2006, art. 6º, § 1º)

§ 2º Para o componente correspondente à produção de serviços, o SIA/SUS emitirá relatório com valores de produção, gerando informações para crédito no sistema financeiro SGIF ou outro que o gestor estadual/municipal disponha, de acordo com a programação físico-orçamentária previamente estabelecida. (Origem: PRT SAS/MS 496/2006, art. 6º, § 2º)

Art. 344. A produção dos procedimentos de complexidade de atenção básica, com financiamento PAB, não terá glosa por insuficiência de programação na FPO, buscando garantir o registro da totalidade dos atendimentos realizados. (Origem: PRT SAS/MS 496/2006, art. 7º, caput)

Parágrafo Único. Caso o gestor efetive contrato com estabelecimento privado para realização de procedimentos básicos, portanto, com valor previamente definido na programação físico-orçamentária, o sistema SIA deverá efetuar a crítica da produção baseada na FPO. (Origem: PRT SAS/MS 496/2006, art. 7º, parágrafo único)

Art. 345. Caberá ao Departamento de Informática do SUS (DATASUS/SE/MS) promover as alterações no SIA/SUS, em consonância com o disposto nesta seção. (Origem: PRT SAS/MS 496/2006, art. 8º, caput)

Parágrafo Único. Fica definido no Anexo L, o layout da FPO magnético. (Origem: PRT SAS/MS 496/2006, art. 8º, § 2º)

Seção V

Da Sistemática de Autorização, Informação e Faturamento dos Procedimentos de Radioterapia e de Quimioterapia do subsistema de Autorização de Procedimentos de Alto Custo do Sistema de Informações Ambulatoriais (APAC-SIA)

Art. 346. Cada procedimento radioterápico será registrado de acordo com a localização do tumor, sendo autorizado apenas um procedimento para cada sítio tumoral, salvo as condições discriminadas por esta seção. (Origem: PRT SAS/MS 263/2019, art. 5º, § 1º)

Art. 347. Procedimentos de radioterapia que, em sua descrição, incluem a irradiação da cadeia de drenagem linfática não devem ser autorizados concomitantemente com o procedimento 03.04.01.054-5 Radioterapia de Cadeia Linfática; no caso dos procedimentos cuja descrição específica não a incluir, a concomitância com o procedimento 03.04.01.054-5 Radioterapia de Cadeia Linfática não é geral nem obrigatória, aplicando-se apenas quando indicada. (Origem: PRT SAS/MS 263/2019, art. 5º, § 2º)

Art. 348. Deverá ser liberada somente uma Solicitação/Autorização de Procedimentos Ambulatoriais (Apac) por procedimento, independentemente do número de sessões ou duração da radioterapia. (Origem: PRT SAS/MS 263/2019, art. 5º, § 3º)

Art. 349. A Apac de radioterapia será única, com validade fixa e máxima de 3 (três) meses. (Origem: PRT SAS/MS 263/2019, art. 5º, § 4º)

Art. 350. Em caso de 2 (dois) procedimentos de radioterapia distintos de uma mesma localização anatômica em um mesmo paciente e de forma sequencial, deverão ser registrados em Apac distintas. A autorização deve observar as descrições dos procedimentos e as concomitâncias (Apac Principal X Apac Principal Concomitante), quando for o caso. (redação dada pela PRT SAES/MS 1154/2019) (Origem: PRT SAS/MS 263/2019, art. 5º, § 6º)

Art. 351. Em caso de 2 (dois) procedimentos de radioterapia de localizações anatômicas distintas em um mesmo paciente e de forma simultânea, o máximo de Apac únicas liberadas serão duas, desde as lesões irradiadas sejam uma referente à localização primária do tumor e a outra à localização de metástase. A autorização deve observar as descrições dos procedimentos e as concomitâncias (Apac Principal X Apac Principal Concomitante), quando for o caso. (redação dada pela PRT SAES/MS 1154/2019) (Origem: PRT SAS/MS 263/2019, art. 5º, § 7º)

Art. 352. O procedimento 03.04.01.051-0 Radioterapia Estereotáxica será autorizado nos casos de tumor maligno secundário (metastático) no sistema nervoso central e de neoplasia benigna ou de comportamento incerto do sistema nervoso central, observando-se os códigos da classificação internacional de doenças atribuídos a este procedimento. (incluído pela PRT SAES/MS 1154/2019) (Origem: PRT SAS/MS 263/2019, art. 5º, § 8º)

Art. 353. O procedimento 03.04.01.053-7 Radioterapia de plasmocitoma/mieloma/metástases em outras localizações será autorizado em quantidade máxima de 2 (dois), quando tratadas duas lesões simultaneamente em localizações distintas, em uma mesma Apac única, sendo o valor pago de acordo com a quantidade de lesões tratadas (uma ou duas). (incluído pela PRT SAES/MS 1154/2019) (Origem: PRT SAS/MS 263/2019, art. 5º, § 9º)

Art. 354. Em caso de radioterapia de finalidade antiálgica ou anti-hemorrágica, autoriza-se somente uma Apac única para o procedimento correspondente à localização da lesão irradiada (tumor primário, cadeia linfática ou metástase), uma única vez. O setor de controle e avaliação da secretaria de

saúde tem de manter o monitoramento in loco (prontuário do paciente) do(s) procedimento(s) radioterápico(s) a que o paciente se submeteu previamente, se for o caso. (incluído pela PRT SAES/MS 1154/2019) (Origem: PRT SAS/MS 263/2019, art. 5º, § 10)

Art. 355. Caso de carcinoma in situ deve ser considerado estágio 0 de câncer e, assim, codificado no Capítulo II da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID). (Origem: PRT SAS/MS 263/2019, art. 6º, caput)

Art. 356. Em caso de óbito do paciente ou suspensão do tratamento no transcurso deste, o procedimento registrado será ressarcido integralmente desde que se tenham iniciado as aplicações do tratamento planejado de forma compatível com a expectativa de vida do paciente. (Origem: PRT SAS/MS 263/2019, art. 7º, caput)

Art. 357. Em caso de radioterapia de resgate, será autorizada somente uma vez nova Apac para um mesmo procedimento radioterápico para reirradiação de um mesmo sítio anatômico em um mesmo paciente, desde que respeitado o período mínimo de 6 (seis) meses entre o término do primeiro tratamento e o início do segundo. (Origem: PRT SAS/MS 263/2019, art. 8º, caput)

Art. 358. Os hospitais com serviços de radioterapia que realizarem procedimentos de radioterapia estereotáxica e de braquiterapia oftálmica integrarão, obrigatoriamente, a relação de hospitais executantes da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC). (Origem: PRT SAS/MS 263/2019, art. 9º, caput)

Art. 359. A tela de dados complementares da Apac-Magnética/SIA/SUS passará a ter a seguinte configuração/composição: (Origem: PRT SAS/MS 263/2019, art. 10, caput)

I - fica excluído o campo "No. CAMPO/INC."; e (Origem: PRT SAS/MS 263/2019, art. 10, I)

II - os campos "CID área irradiada", "Dt. Início" e "Dt. Fim" terão apenas uma linha de preenchimento, ou seja, só serão preenchidos uma vez cada um. (Origem: PRT SAS/MS 263/2019, art. 10, II)

Parágrafo Único. O campo "CID área irradiada" é de preenchimento obrigatório. (Origem: PRT SAS/MS 263/2019, art. 10, parágrafo único)

Art. 360. Caberá à Coordenação-Geral dos Sistemas de Informação do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (CGSI/DRAC/SAS) a adoção das providências necessárias no sentido de adequar os Sistemas de Informações do SUS com vistas a implantar as alterações definidas por esta seção. (Origem: PRT SAS/MS 263/2019, art. 11, caput)

Art. 361. A Coordenação-Geral de Atenção Especializada, do Departamento de Atenção Especializada e Temática (CGAE/DAET/SAES/MS) e o Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC/SAES/MS), da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, deverão, conjuntamente, proceder ao monitoramento e avaliação anual da produção dos procedimentos radioterápicos, para avaliar as alterações preconizadas nesta seção e estabelecer novos parâmetros para a regulação, controle, avaliação e auditoria da radioterapia no SUS. (Origem: PRT SAS/MS 263/2019, art. 12, caput)

Art. 362. Ficam mantidos os formulários/instrumentos do aplicativo de coleta APAC, do SIA/SUS, na sistemática de autorização, informação e registro dos procedimentos de radioterapia e de quimioterapia. (Origem: PRT SAES/MS 470/2021, art. 3º, caput)

Art. 363. A autorização dos procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS deve continuar a observar as suas descrições, as normas de autorização e, quando existentes, os protocolos e diretrizes terapêuticas vigentes estabelecidos pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT SAES/MS 470/2021, art. 4º, caput)

§ 1º Os autorizadores deverão ser profissionais de nível superior da área da saúde, devidamente treinados para tal função, não vinculados ao SUS como prestadores de serviços oncológicos ou como profissionais que atuem nos estabelecimentos de saúde habilitados na alta complexidade em oncologia com serviço de radioterapia, de oncologia clínica, de hematologia ou de oncologia pediátrica. (Origem: PRT SAES/MS 470/2021, art. 4º, § 1º)

§ 2º Fica dispensada para os autorizadores médicos a exigência de habilitação técnica em oncologia (cirurgia oncológica, radioterapia, oncologia clínica, hematologia ou oncologia pediátrica) para compor o corpo de profissionais autorizadores. (Origem: PRT SAES/MS 470/2021, art. 4º, § 2º)

Art. 364. O procedimento 03.04.08.001-2 Fator estimulante de crescimento de colônias de granulócitos ou macrófagos é exclusivo para os casos de pacientes intensamente neutropênicos, em intervalo de quimioterapia (fora do nadir) impedidos de receber a quimioterapia programada. (Origem: PRT SAES/MS 470/2021, art. 5º, caput)

Parágrafo Único. Caso as neutropenias (fora do nadir) se repetirem em pelo menos 2 (dois) ciclos consecutivos, comprovadas por hemograma, será permitido o tratamento profilático com o fator estimulante. (Origem: PRT SAES/MS 470/2021, art. 5º, parágrafo único)

Art. 365. Os procedimentos 03.04.08.005-5 Quimioterapia Intratecal e 03.04.08.007-1 Inibidor da Osteólise, quando secundários, devem ser informados no laudo de solicitação/autorização de procedimento ambulatorial conjuntamente com o procedimento principal, respeitando-se as respectivas compatibilidades. (Origem: PRT SAES/MS 470/2021, art. 6º, caput)

Art. 366. O procedimento 03.04.08.005-5 Quimioterapia Intratecal, quando principal, tem compatibilidade com o código C79.3 da CID-10, para tratamento isolado de meningite carcinomatosa. Quando secundário, associa-se a um procedimento principal das seguintes formas de organização: 02-quimioterapia paliativa-adulto (tratamento de meningite carcinomatosa), 03-quimioterapia para controle temporário de doença-adulto (tratamento de meningite linfomatosa), 06-quimioterapia curativa-adulto (tratamento de meningite carcinomatosa ou linfomatosa) e 07-quimioterapia de tumores de criança e adolescente (prevenção ou tratamento da invasão do sistema nervoso central por rabdomiossarcoma ou retinoblastoma). (Origem: PRT SAES/MS 470/2021, art. 7º, caput)

Parágrafo Único. Como a quimioterapia intratecal integra os esquemas quimioterápicos mencionados no caput, não pode ser autorizado em associação aos procedimentos principais correspondentes a casos de leucemias agudas e linfoma linfoblástico de crianças, adolescentes e adultos. (Origem: PRT SAES/MS 470/2021, art. 7º, parágrafo único)

Art. 367. O procedimento 03.04.08.007-1 Inibidor da Osteólise pode ser autorizado nos casos de doentes com lesões de neoplasia de células plasmáticas (mieloma múltiplo), dolorosas ou não, ou de doentes com metástases osteolíticas ou mistas (osteoblásticas e osteolíticas) demonstradas radiologicamente, dolorosas ou não, com ou sem hipercalcemia sintomática de causa neoplásica, ou recebendo quimioterapia ou hormonioterapia e com doença neoplásica controlada. Quando principal, é de uso isolado e compatível com o código da CID C90.0 (mieloma múltiplo) ou C79.5 (metástase óssea), nesta segunda condição somente em caso de metástase óssea de carcinoma de mama tratado exclusivamente com ooforectomia bilateral (cirúrgica ou actínica) ou de adenocarcinoma de próstata tratado exclusivamente com orquiectomia bilateral (cirúrgica). Quando secundário, é compatível com os códigos C79.5 e C90.0, e com os procedimentos principais de quimioterapia/hormonioterapia paliativa, quimioterapia para controle temporário de doença, quimioterapia curativa e quimioterapia de tumores de criança e adolescente. (Origem: PRT SAES/MS 470/2021, art. 8º, caput)

Art. 368. Os procedimentos de quimioterapia do Grupo 03 Subgrupo 04, com instrumento de registro APAC principal, não poderão ser autorizados simultaneamente para um mesmo paciente numa mesma competência de apresentação da APAC, exceto como especificado nos parágrafos a seguir: (Origem: PRT SAES/MS 470/2021, art. 9º, caput)

§ 1º No caso de um doente apresentar tumores primários malignos múltiplos, sincrônicos ou assincrônicos, poderão ser autorizadas, concomitantemente, APAC distintas para cada procedimento principal, na mesma competência, independentemente da finalidade do tratamento, desde que um dos tumores seja câncer de pele (radioterapia); câncer de mama, próstata ou endométrio (hormonioterapia); leucemia crônica; doença linfoproliferativa rara ou mieloproliferativa rara; linfoma não Hodgkin de baixo grau; neoplasia de células plasmáticas (mieloma múltiplo e outras); e neoplasia de células de Langerhans (histiocitose). (Origem: PRT SAES/MS 470/2021, art. 9º, § 1º)

§ 2º Devem-se observar as excludências entre procedimentos estabelecidas nas suas descrições e relacionadas no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos (SIGTAP). (Origem: PRT SAES/MS 470/2021, art. 9º, § 2º)

Art. 369. Exceto pelos procedimentos da Forma de Organização 03- Quimioterapia para Controle Temporário de Doença-Adulto, um mesmo procedimento de quimioterapia não pode ser utilizado para mais de um planejamento terapêutico global para um mesmo doente. (Origem: PRT SAES/MS 470/2021, art. 10, caput)

§ 1º Um mesmo procedimento da Forma de Organização 03-Quimioterapia para Controle Temporário de Doença-Adulto pode, observadas as suas respectivas descrições e atributos, ser autorizado mais de uma vez, em diferentes planejamentos terapêuticos globais de um mesmo doente, utilizando-se, ou não, o(s) mesmo(s) antineoplásico(s). (Origem: PRT SAES/MS 470/2021, art. 10, § 1º)

§ 2º Se visa ao transplante autólogo de células-tronco hematopoéticas, o procedimento 03.04.03.026-0-Quimioterapia de mieloma múltiplo-2ª linha pode ser autorizado sem que tenha havido a autorização prévia do procedimento 03.04.03.025- 2-quimioterapia de mieloma múltiplo-1ª linha. (Origem: PRT SAES/MS 470/2021, art. 10, § 2º)

§ 3º Exceto pelo disposto nos §§ 1º e 2º, a autorização de procedimento das formas de organização 02-Quimioterapia Paliativa-Adulto, 03-Quimioterapia para Controle Temporário de Doença-Adulto, 04-Quimioterapia Prévia-Adulto, 05- Quimioterapia Adjuvante-Adulto, 06-Quimioterapia Curativa-Adulto e 07-Quimioterapia de Tumores de Criança e Adolescente deve seguir obrigatoriamente a sequência de linhas 1ª, 2ª e 3ª contidas na descrição de procedimentos, sendo possível a autorização da primeira APAC inicial, para entrada no sistema, para procedimento de 2ª ou de 3ª linha, sem autorização nem registro prévio do respectivo procedimento de 1ª ou de 2ª linha, tendo ou não a(s) linha(s) antecedente(s) sido procedida(s) em outro serviço, dentro ou fora do SUS, mas não se poderá autorizar quimioterapia de 1ª linha para doente já tratado com quimioterapia de 2ª ou de 3ª linha, como não se poderá autorizar quimioterapia de 1ª ou de 2ª linha, para doente já tratado com quimioterapia de 3ª linha. (Origem: PRT SAES/MS 470/2021, art. 10, § 3º)

§ 4º A quimioterapia paliativa de neoplasia maligna avançada-metastática ou recidivada-após o uso de duas linhas quimioterápicas ou, quando aplicável, de duas linhas hormonioterápicas, excluindo-se as quimioterapia e hormonioterapia adjuvantes, pode ser autorizada, na conformidade com o protocolo e diretrizes do Ministério da Saúde publicados; na falta de procedimentos de quimioterapia com a linha correspondente, usar o procedimento único existente, em caso de solicitação de 2ª linha, ou o procedimento de 2ª linha existente, em caso de solicitação de 3ª linha. (Origem: PRT SAES/MS 470/2021, art. 10, § 4º)

Art. 370. Quando houver mudança de procedimento decorrente da substituição da quimioterapia inicialmente programada, será necessário o fechamento da APAC já autorizada e solicitação de uma nova APAC, mediante apresentação de novo laudo de solicitação/autorização de procedimento ambulatorial/hospitalar com o novo planejamento terapêutico global. (Origem: PRT SAES/MS 470/2021, art. 11, caput)

Art. 371. Na eventualidade do afastamento do doente por motivo de intercorrências devido à toxicidade do tratamento ou por outras causas, estando o doente internado ou não, a APAC autorizada será mantida, se o retorno do doente ocorrer dentro da mesma competência de apresentação. (Origem: PRT SAES/MS 470/2021, art. 12, caput)

Art. 372. Quando o doente se afastar do tratamento por intercorrências, por um período superior ao mês de competência da APAC, será necessário o fechamento da APAC autorizada e solicitação de uma nova, mediante laudo de solicitação/autorização de procedimento ambulatorial/hospitalar com novo planejamento de tratamento, considerando-se os meses já anteriormente autorizados, caso o mesmo planejamento terapêutico global seja mantido. (Origem: PRT SAES/MS 470/2021, art. 13, caput)

Art. 373. Quando o doente for internado, sem interrupção do tratamento (quimioterapia ou radioterapia), será mantida a APAC autorizada. (Origem: PRT SAES/MS 470/2021, art. 14, caput)

Art. 374. As seguintes regras se aplicam à autorização e monitoramento da quimioterapia dos linfomas: (Origem: PRT SAES/MS 470/2021, art. 15, caput)

I - a autorização dos procedimentos quimioterápicos é independente do número de ciclos mensais, se um ou dois, e deve ser dada, no máximo, pelo número de competências mensais suficiente para a aplicação do número programado de ciclos de quimioterapia previstos, não podendo o número de

meses registrado jamais ser maior do que o número de meses de competências mensais programado; ou seja, não se estende o número de meses de registro do procedimento, sem a aplicação de quimioterapia, para corresponder ao número total de ciclos; (Origem: PRT SAES/MS 470/2021, art. 15, I)

II - para a autorização do procedimento 03.04.06.022-4-Quimioterapia de Linfoma Difuso de Grandes Células B-1ª linha, o diagnóstico histopatológico tem de estar comprovado pela apresentação do laudo do respectivo exame de imunohistoquímica ou citometria de fluxo, com positividade dos marcadores celulares especificados no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas estabelecidos pelo Ministério da Saúde; (Origem: PRT SAES/MS 470/2021, art. 15, II)

III - para a autorização do procedimento 03.04.06.022-4-Quimioterapia de Linfoma Difuso de Grandes Células B-1ª Linha, não deve existir, para o mesmo doente, APAC anterior para procedimento quimioterápico de Linfoma não Hodgkin, de Leucemia Linfocítica Crônica ou de outra hemopatia maligna ou de comportamento incerto se benigno ou maligno; (Origem: PRT SAES/MS 470/2021, art. 15, III)

IV - O parâmetro para o controle e avaliação da utilização do procedimento 03.04.06.022-4-Quimioterapia de Linfoma Difuso de Grandes Células B-1ª Linha é o percentual máximo-determinado a partir de dados publicados e da análise do banco de dados do SUS-de 30% da soma de todos os procedimentos de quimioterapia de Linfoma não Hodgkin de baixo grau (procedimentos de códigos 03.04.03.016-3 e 03.04.03.017-1) e de Linfoma não Hodgkin de grau intermediário ou alto (procedimentos de códigos 03.04.06.011-9, 03.04.06.12-7 e 03.04.06.013-5). (Origem: PRT SAES/MS 470/2021, art. 15, IV)

Art. 375. As seguintes regras se aplicam à autorização e monitoramento da quimioterapia da leucemia mieloide crônica (Anexo LII): (Origem: PRT SAES/MS 470/2021, art. 16, caput)

I - máximo de 20% (vinte por cento) para os procedimentos de quimioterapia da LMC em fase de transformação e máximo de 5% (cinco por cento) para os de em fase blástica; e (Origem: PRT SAES/MS 470/2021, art. 16, I)

II - máximo de 15% (quinze por cento) dos procedimentos de 2ª linha de quimioterapia da LMC. (Origem: PRT SAES/MS 470/2021, art. 16, II)

Parágrafo Único. O SIA-SUS emite relatório com os percentuais, para apoiar as respectivas secretarias de saúde no monitoramento, controle e avaliação da produção dos procedimentos especificados neste artigo. (Origem: PRT SAES/MS 470/2021, art. 16, parágrafo único)

Art. 376. As seguintes regras se aplicam à autorização e monitoramento da quimioterapia do carcinoma de mama HER-2 positivo: (Origem: PRT SAES/MS 470/2021, art. 17, caput)

§ 1º A utilização dos procedimentos de poli e de monoquimioterapia dar-se-á conforme os esquemas terapêuticos estabelecidos no protocolos e diretrizes vigentes estabelecidos pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT SAES/MS 470/2021, art. 17, § 1º)

§ 2º A autorização da APAC para os procedimentos de poli e de monoquimioterapia terá validade de até 3 (três) competências. Dependendo do esquema quimioterápico adotado e da evolução do caso, poderá ocorrer a continuidade, a suspensão ou a substituição da quimioterapia inicialmente programada. (Origem: PRT SAES/MS 470/2021, art. 17, § 2º)

§ 3º Para a primeira autorização de quimioterapia, nos casos em que o exame imuno-histoquímico tiver resultado de 2 (duas) cruzes será necessária a demonstração de confirmação da superexpressão HER-2 em exame por técnica molecular com a demonstração de confirmação com resultado (razão de amplificação) maior que 2 (dois), sendo esta confirmação dispensável se o exame imuno-histoquímico tiver resultado de 3 (três) cruzes. (Origem: PRT SAES/MS 470/2021, art. 17, § 3º)

§ 4º Não se autoriza quimioterapia, nos casos em que o exame imunohistoquímico tiver resultado de uma cruz (resultado negativo). (Origem: PRT SAES/MS 470/2021, art. 17, § 4º)

§ 5º Nos casos em que a expressão HER-2 for de 2 (duas) cruzes ao exame imuno-histoquímico, cópias dos resultados dos exames do HER-2 por imunohistoquímica e de confirmação por técnica molecular com resultado (razão de amplificação) maior que 2 (dois) deverão ser apresentadas anexadas ao Laudo para Solicitação/Autorização de Procedimento Ambulatorial para a liberação da primeira APAC Inicial de quimioterapia. (Origem: PRT SAES/MS 470/2021, art. 17, § 5º)

§ 6º Nos casos em que a expressão HER-2 for de 3 (três) cruces ao exame imuno-histoquímico, cópia do resultado do exame do HER-2 por imuno-histoquímica deverá ser apresentada anexada ao Laudo para Solicitação/Autorização de Procedimento Ambulatorial para a liberação da primeira APAC Inicial de quimioterapia. (Origem: PRT SAES/MS 470/2021, art. 17, § 6º)

§ 7º Deve-se observar o máximo de 30% (trinta por cento) para os procedimentos 03.04.02.041-9, 03.04.02.042-7, 03.04.02.043-5, 03.04.02.044-3, 03.04.04.018-5, 03.04.05.026-1, 03.04.05.027-0, 03.04.05.028-8, 03.04.05.029-6, 03.04.05.030-0 e 03.04.05.031-8, considerando o total de procedimentos de quimioterapia do câncer de mama, quais sejam: 03.04.02.013-3, 03.04.02.014-1, 03.04.02.033-8, 03.04.02.034-6, 03.04.02.041-9, 03.04.02.042-7, 03.04.02.043-5, 03.04.02.044-3, 03.04.04.002-9, 03.04.05.004-0, 03.04.04.018-5, 03.04.05.006-7, 03.04.05.007-5, 03.04.05.011-3, 03.04.05.012-1, 03.04.05.013-0, 03.04.05.026-1, 03.04.05.027-0, 03.04.05.028-8, 03.04.05.029-6, 03.04.05.030-0 e 03.04.05.031-8. (Origem: PRT SAES/MS 470/2021, art. 17, § 7º)

Art. 377. A aquisição pelo Ministério da Saúde e o fornecimento pelas secretarias de saúde de medicamento antineoplásico não anulam a obrigatoriedade da solicitação, autorização e registros dos respectivos procedimentos em APAC, seja o uso do medicamento isolado (monoquimioterapia) ou associado (poliquimioterapia). (Origem: PRT SAES/MS 470/2021, art. 18, caput)

Parágrafo Único. No caso específico do uso isolado de medicamento antineoplásico comprado pelo Ministério da Saúde e fornecido aos hospitais habilitados em oncologia no SUS pela Assistência Farmacêutica das secretarias de saúde para a quimioterapia de tumores de crianças e adolescentes, não pode ser autorizada APAC para procedimento de quimioterapia de câncer na infância e adolescente (do Grupo 04, Subgrupo 03 e Forma de Organização 07), podendo o atendimento ambulatorial ser registrado como consulta especializada (procedimento 03.01.01.007-2-Consulta Médica em Atenção Especializada). (Origem: PRT SAES/MS 470/2021, art. 18, parágrafo único)

Art. 378. Os procedimentos secundários registrados na APAC devem ser realizados simultaneamente com outros (principais), observando-se as seguintes compatibilidades: (Origem: PRT SAES/MS 470/2021, art. 19, caput)

I - na APAC autorizada para todos os procedimentos das formas de organização 06-Quimioterapia Curativa-Adulto e 07-Quimioterapia de Tumores de Criança e Adolescente, poderá ser registrado o seguinte procedimento secundário, desde que observados os critérios estabelecidos no Art. 364: 03.04.08.001- 2 Fator Estimulante de Crescimento de Colônias de Granulócitos ou Macrófagos; (Origem: PRT SAES/MS 470/2021, art. 19, § 1º)

II - na APAC autorizada para procedimentos de quimioterapia exclusivamente principais, exceto em caso de leucemia aguda (C91.0, C92.0, C92.3, C92.5, C93.0, C94.0, C94.2) ou de linfoma linfoblástico (C83.5), poderá ser registrado o seguinte procedimento secundário, desde que observados os critérios estabelecidos no Art. 365: 03.04.08.005-5 Quimioterapia IntraTecal; (Origem: PRT SAES/MS 470/2021, art. 19, § 2º)

III - Na APAC autorizada para procedimentos principais de quimioterapia/hormonioterapia paliativa, quimioterapia para controle temporário de doença, quimioterapia curativa e quimioterapia de tumores de criança e adolescente poderá ser registrado o seguinte procedimento secundário, desde que observados os critérios estabelecidos no Art. 367: 03.04.08.007-1 Inibidor da Osteólise. (Origem: PRT SAES/MS 470/2021, art. 19, § 3º)

Art. 379. Para a autorização de procedimentos de quimioterapia e de radioterapia, é necessária a apresentação de cópia do laudo cito/histopatológico, e, conforme especificado na descrição dos respectivos procedimentos, é indispensável a comprovação de receptor hormonal positivo, nos casos de mulheres sob hormonioterapia de carcinoma de mama ou do adenocarcinoma de endométrio; da positividade do exame do anti-CD 117/c-Kit, nos casos de tumor do estroma gastrointestinal; do cromossoma Philadelphia ou do gene bcr/abl, nos casos de leucemia mieloide crônica; do HER-2, nos casos de carcinoma de mama; e outros que venham a se estabelecer na descrição dos respectivos procedimentos. (Origem: PRT SAES/MS 470/2021, art. 20, caput)

Art. 380. Os medicamentos antineoplásicos, quando fornecidos a doentes de neoplasias malignas, não podem ser registrados por meio de APAC de medicamentos da Assistência Farmacêutica do SUS. (Origem: PRT SAES/MS 470/2021, art. 21, caput)

Art. 381. A autorização da APAC, para os procedimentos de quimioterapia, terá validade de até 3 (três) competências. (Origem: PRT SAES/MS 470/2021, art. 22, caput)

Parágrafo Único. Dependendo da evolução do caso, poderá ocorrer a continuidade, a suspensão ou a substituição da quimioterapia inicialmente programada. (Origem: PRT SAES/MS 470/2021, art. 22, parágrafo único)

Art. 382. O registro dos procedimentos de quimioterapia autorizados na APAC deverá ser efetuado mensalmente, por meio do aplicativo de coleta APAC e contemplar o planejamento terapêutico global, na seguinte forma: (Origem: PRT SAES/MS 470/2021, art. 23, caput)

§ 1º APAC-Inicial-corresponderá a uma competência. Abrange o período entre a data de início de validade da APAC até o último dia do mesmo mês. (Origem: PRT SAES/MS 470/2021, art. 23, § 1º)

§ 2º APAC-Continuidade-corresponderá à 2ª e à 3ª competências subsequentes à APAC-Inicial. Persistindo a necessidade do tratamento após a 3ª competência, deverá ser solicitado ao órgão autorizador nova APAC, mediante preenchimento de outro laudo médico, considerando-se os meses já previamente autorizados para o mesmo planejamento terapêutico. (Origem: PRT SAES/MS 470/2021, art. 23, § 2º)

Art. 383. A APAC, mesmo autorizada por um período de até 3 (três) competências para procedimentos de quimioterapia, perderá sua validade nos seguintes casos: (Origem: PRT SAES/MS 470/2021, art. 24, caput)

I - óbito; (Origem: PRT SAES/MS 470/2021, art. 24, I)

II - alta; (Origem: PRT SAES/MS 470/2021, art. 24, II)

III - mudança de procedimento (quando ocorrer mudança de procedimento, mudança de finalidade de tratamento ou de linha dentro da mesma finalidade ou por toxicidade); (Origem: PRT SAES/MS 470/2021, art. 24, III)

IV - afastamento do doente por intercorrência superior a 1 (uma) competência; e (Origem: PRT SAES/MS 470/2021, art. 24, IV)

V - abandono do tratamento. (Origem: PRT SAES/MS 470/2021, art. 24, V)

Parágrafo Único. A mudança de procedimentos de quimioterapia sem que haja mudança de linha ou de finalidade terapêutica pode dar-se apenas entre procedimentos de quimioterapia paliativa do carcinoma de mama (de quimioterapia para hormonioterapia, ou vice-versa), do adenocarcinoma de próstata (de hormonioterapia para quimioterapia), entre procedimentos da Forma de Organização 03-Quimioterapia para Controle Temporário de Doença-Adulto e conforme o Art. 369, § 4º. (Origem: PRT SAES/MS 470/2021, art. 24, parágrafo único)

Art. 384. O valor dos procedimentos de quimioterapia da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, é mensal e inclui os itens a seguir relacionados, das aplicações, fases e ciclos que se repitam dentro de um mesmo mês, para os respectivos tumores: (Origem: PRT SAES/MS 470/2021, art. 25, caput)

I - consulta médica; (Origem: PRT SAES/MS 470/2021, art. 25, I)

II - medicamentos antitumorais (antineoplásicos), exceto quando adquiridos pelo Ministério da Saúde e fornecidos, aos hospitais habilitados em oncologia no SUS, pelas secretarias de saúde; (Origem: PRT SAES/MS 470/2021, art. 25, II)

III - medicamentos utilizados em concomitância à quimioterapia: antieméticos (antidopaminérgicos, anti-histamínicos, corticoides e antagonistas do receptor HT3), analgésicos, anti-inflamatórios, diuréticos, antagonistas dos receptores H2 e outros; (Origem: PRT SAES/MS 470/2021, art. 25, III)

IV - soluções em geral (soros glicosado e fisiológico, ringer, eletrólitos e outros); Material em geral (equipos, luvas, escalpes, seringas, agulhas, dispositivos de microgotejamento, máscaras, aventais e outros); (Origem: PRT SAES/MS 470/2021, art. 25, IV)

V - impressos; (Origem: PRT SAES/MS 470/2021, art. 25, V)

VI - capela de fluxo laminar; (Origem: PRT SAES/MS 470/2021, art. 25, VI)

VII - limpeza e manutenção do serviço. (Origem: PRT SAES/MS 470/2021, art. 25, VII)

§ 1º A antibioticoprofilaxia e a quimioterapia intratecal estão incluídas no valor dos procedimentos correspondentes às leucemias agudas (de adultos, crianças e adolescentes) e aos outros tumores de crianças e adolescentes, como integrantes dos esquemas terapêuticos que, obrigatoriamente, as pressupõem. (Origem: PRT SAES/MS 470/2021, art. 25, § 1º)

§ 2º Os procedimentos hospitalares 03.04.08.003-9 Internação para quimioterapia de leucemias agudas/crônicas agudizadas e 03.04.08.002-0 Internação p/ quimioterapia de administração contínua não alteram os valores de procedimentos de quimioterapia registrados simultaneamente à internação. (Origem: PRT SAES/MS 470/2021, art. 25, § 2º)

§ 3º Os procedimentos 03.04.01.011-1 Internação para radioterapia externa (cobaltoterapia/acelerador linear), 03.04.01.035-9 Internação para radioterapia estereotáxica do sistema nervoso central e 03.04.01.059-6 Internação para braquiterapia não alteram os valores de procedimentos de radioterapia registrados simultaneamente à internação. (Origem: PRT SAES/MS 470/2021, art. 25, § 3º)

Art. 385. Será utilizada no aplicativo de coleta APAC, do SIA/SUS, para o registro das informações de radioterapia e de quimioterapia a Tabela de Correspondência de Estádios de Tumores Malignos (Anexo LI). (Origem: PRT SAES/MS 470/2021, PRT SAES/MS 470/2021, art. 26, III, art. 26, caput)

Parágrafo Único. As finalidades específicas para a quimioterapia já se encontram estabelecidas com as correspondentes Formas de Organização dos respectivos procedimentos. (Origem: PRT SAES/MS 470/2021, art. 26, parágrafo único)

Art. 386. Os estabelecimentos de saúde habilitados na alta complexidade em oncologia deverão manter no prontuário do paciente, juntamente com a APAC autorizada, o Relatório Demonstrativo de APAC correspondente, para fins de auditoria. (Origem: PRT SAES/MS 470/2021, art. 27, caput)

Art. 387. Em função da baixa frequência da dupla intervenção cirúrgica mamária, o setor de controle e avaliação da secretaria de saúde tem de verificar in loco (prontuário do paciente) os procedimentos mamários a que o paciente se submeteu. (Origem: PRT SAES/MS 1154/2019, art. 3º, parágrafo único)

Seção VI

Do Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS)

Art. 388. Fica instituído o sistema de Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS) com o objetivo de incluir as necessidades relacionadas ao monitoramento das ações e serviços de saúde conformados em Redes de Atenção à Saúde. (Origem: PRT SAS/MS 276/2012, art. 1º, caput)

Art. 389. As ações registradas no RAAS pelos estabelecimentos de saúde, deverão ser enviadas ao gestor de saúde correspondente, identificado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). (Origem: PRT SAS/MS 276/2012, art. 2º, caput)

Parágrafo Único. O cronograma de envio destas informações pelos estabelecimentos de saúde será definido pelo respectivo gestor de saúde. (Origem: PRT SAS/MS 276/2012, art. 2º, parágrafo único)

Art. 390. A remessa gerada pelo RAAS deverá ser importada no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) de mesma competência de apresentação. (Origem: PRT SAS/MS 276/2012, art. 3º, caput)

Art. 391. O sistema de Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS), manual de operação de sistema, formulários e layout da base de dados estão disponíveis no endereço eletrônico <http://sia.datasus.gov.br>. (Origem: PRT SAS/MS 276/2012, art. 6º, caput)

Seção VII

Do Reprocessamento dos arquivos que compõem as Bases de Dados Nacionais dos Sistema de Informação Ambulatorial do SUS e Sistema de Informação Hospitalar do SUS

Art. 392. Esta seção dispõe sobre o reprocessamento dos arquivos que compõem as Bases de Dados Nacionais dos seguintes Sistemas de Informação da Atenção à Saúde: (Origem: PRT SAS/MS 359/2015, PRT SAS/MS 359/2015, art. 1º, caput, art. 3º, caput)

I - Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA-SUS); e (Origem: PRT SAS/MS 359/2015, art. 3º, I)

II - Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH-SUS). (Origem: PRT SAS/MS 359/2015, art. 3º, II)

Parágrafo Único. Entende-se como reproprocessamento a substituição de um arquivo anteriormente enviado, por outro contendo integralmente as informações da competência em questão, para fins de alimentação dos Bancos de Dados Nacionais dos Sistemas de Informação da Atenção à Saúde, nos termos da Seção II, do Capítulo III, do Título VII da Portaria de Consolidação 2, de 28 de setembro de 2007, com a finalidade de retificar dados erroneamente processados. (Origem: PRT SAS/MS 359/2015, art. 2º, caput)

Art. 393. A solicitação de reproprocessamento poderá ser feita até 4 (quatro) competências após a competência vigente de processamento das bases do SIA e do SIH. (Origem: PRT SAS/MS 359/2015, art. 4º, caput)

Art. 394. Para solicitar o reproprocessamento, a secretaria de saúde deverá encaminhar um ofício à Coordenação-Geral de Gestão de Sistemas de Informações em Saúde (CGSI/DRAC/SAES/MS), devidamente assinado, em suporte físico ou em suporte eletrônico. (Origem: PRT SAS/MS 359/2015, art. 5º, caput)

§ 1º O ofício deverá conter a devida motivação que justifique a retificação da base encaminhada. (Origem: PRT SAS/MS 359/2015, art. 5º, § 1º)

§ 2º Quando em suporte eletrônico, deverá ser enviada uma cópia escaneada do ofício. (Origem: PRT SAS/MS 359/2015, art. 5º, § 2º)

§ 3º O ofício em suporte eletrônico deverá ser remetido ao endereço de correio eletrônico da CGSI/DRAC/SAES/MS, cgsi@saude.gov.br, anexado à mensagem eletrônica de solicitação de reproprocessamento. (Origem: PRT SAS/MS 359/2015, art. 5º, § 3º)

Art. 395. É ato discricionário da CGSI/DRAC/SAES/MS a autorização de reproprocessamento, que informará sua decisão, bem como sua motivação, em resposta à mensagem eletrônica enviada conforme Art. 394, § 3º. (Origem: PRT SAS/MS 359/2015, art. 6º, caput)

Parágrafo Único. A CGSI/DRAC/SAS/MS informará a decisão sobre a solicitação por meio eletrônico em até 15 (quinze) dias após o recebimento da correspondência ou mensagem eletrônica que requerer o reproprocessamento. (Origem: PRT SAS/MS 359/2015, art. 6º, parágrafo único)

Art. 396. Não serão autorizados reproprocessamentos quando houver possibilidade de reapresentação de produção do SIH e SIA, dentro do prazo estabelecido pelos art. 401 e art. 402, caput. (Origem: PRT SAS/MS 359/2015, art. 7º, caput)

Art. 397. Autorizado o reproprocessamento de uma competência, haverá necessidade de reproprocessar todas as competências posteriores à que se está reproprocessando, sequencialmente, a fim de garantir o histórico das bases de dados nacionais. (Origem: PRT SAS/MS 359/2015, art. 8º, caput)

Art. 398. Caso seja constatada a retificação de dados que não estejam salvaguardados pela justificativa encaminhada pelo gestor, o Departamento de Auditoria do SUS (DENASUS/MS) será notificado, para realização de auditoria comprobatória. (Origem: PRT SAS/MS 359/2015, art. 9º, caput)

Art. 399. A CGSI/DRAC/SAES/MS poderá, excepcionalmente, autorizar o reproprocessamento de bases até 2 (duas) competências após o prazo estabelecido no art. 393, quando houver necessidade de comprovação de produção para estabelecimentos e serviços com orçamentação global por parte do Ministério da Saúde (Origem: PRT SAS/MS 359/2015, art. 10, caput)

Parágrafo Único. Outros casos não previstos serão resolvidos pela CGSI/DRAC/SAES/MS. (Origem: PRT SAS/MS 359/2015, art. 10, parágrafo único)

Seção VIII

Das Disposições Complementares para o Processamento dos Sistemas SIA e SIH

Art. 400. Ficam definidos os conceitos para mês de produção e mês de processamento de produção e nos Sistemas de Informação Hospitalar e Ambulatorial, a seguir discriminados: (Origem: PRT SAS/MS 472/2008, art. 5º, caput)

I - para o SIH-SUS, mês de produção corresponde ao mês em que o paciente recebe alta; (Origem: PRT SAS/MS 472/2008, art. 5º, I)

II - para o SIA-SUS, mês de produção corresponde ao mês em que é realizado o atendimento; (Origem: PRT SAS/MS 472/2008, art. 5º, II)

III - para SIH e SIA, mês de processamento corresponde aos meses posteriores à alta ou ao atendimento, respectivamente. (Origem: PRT SAS/MS 472/2008, art. 5º, III)

Art. 401. No mês de processamento, o SIH/SUS aceitará as AIH com alta de no máximo 4 (quatro) meses anteriores ao mês de processamento. (Origem: PRT SAS/MS 472/2008, art. 6º, caput)

§ 1º A partir do mês de processamento novembro/2008 só serão aceitas AIH de produção referentes aos meses outubro, setembro, agosto e julho de 2008. A mesma sistemática se aplica aos meses de processamento subsequentes. (Origem: PRT SAS/MS 472/2008, art. 6º, § 1º)

§ 2º As AIH que já foram apresentadas e por alguma razão, foram bloqueadas ou rejeitadas, poderão ser reapresentadas no prazo de 6 (seis) meses, a contar a partir do mês de alta do paciente. (Origem: PRT SAS/MS 472/2008, art. 6º, § 2º)

Art. 402. No mês de processamento, o SIA/SUS aceitará as produções com atendimento de no máximo 4 (quatro) meses anteriores ao mês de processamento. (Origem: PRT SAS/MS 472/2008, art. 7º, caput)

Art. 403. Fica estabelecido que o SIHD gerará apenas valores brutos de produção por componentes, com identificação do CNES, de cada estabelecimento e, do CNPJ e CPF, no caso dos terceiros. (Origem: PRT SAS/MS 510/2005, art. 2º, caput)

§ 1º Todos os descontos e incidências de impostos e outras contribuições ficarão a cargo do setor financeiro dos estados, Distrito Federal e dos municípios. (Origem: PRT SAS/MS 510/2005, art. 2º, § 1º)

§ 2º Os pagamentos devidos aos pensionistas passam também à responsabilidade dos gestores locais. (Origem: PRT SAS/MS 510/2005, art. 2º, § 2º)

Seção IX

Da Obrigatoriedade de Informações sobre Procedimentos de Esterilização

Art. 404. Fica estabelecida a obrigatoriedade do preenchimento do Módulo Informações sobre Procedimentos de Esterilização, na forma dos Anexos LIII e LIV. (Origem: PRT SAS/MS 85/1999, art. 1º, caput)

Seção X

Das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) com Agravos de Notificação Compulsória

Art. 405. Fica estabelecido que todas Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) com agravos de notificação compulsória (ANC) identificadas através da CID10, Anexos LV e LVI, sejam avaliadas pela equipe da vigilância epidemiológica em âmbito hospitalar ou pelo Serviço de Vigilância Epidemiológica (VE) da secretaria municipal de saúde/secretaria estadual de saúde. (Origem: POC SAS/MS,SVS/MS 20/2005, art. 1º, caput)

§ 1º Será obrigatório, ao processar o SIHD, gerar o relatório das AIH com agravos de notificação compulsória, que ficarão bloqueadas, conforme consta do Anexo LV, para avaliação do Serviço de Vigilância Epidemiológica. As AIH com ANC bloqueadas só poderão ser desbloqueadas pelo médico autorizador devidamente cadastrado no SIHD. (Origem: POC SAS/MS,SVS/MS 20/2005, art. 1º, § 1º)

§ 2º Cabe ao gestor o cadastramento como autorizador no SIHD para realizar o desbloqueio ou não das AIH com ANC, do médico da equipe da vigilância epidemiológica em âmbito hospitalar e/ou do médico da equipe da vigilância epidemiológica da secretaria municipal/estadual de saúde. (Origem: POC SAS/MS,SVS/MS 20/2005, art. 1º, § 2º)

Art. 406. Fica definido que os estabelecimentos que dispõem do núcleo de vigilância epidemiológica em âmbito hospitalar deverão gerar o relatório das AIH com ANC para avaliação da equipe de epidemiologia. (Origem: POC SAS/MS,SVS/MS 20/2005, art. 2º, caput)

Art. 407. Fica estabelecido que, após o processamento no SIHD será emitido um relatório com a relação de todas as AIH com ANC bloqueadas, assim como das AIH desbloqueadas com a CID correspondente e o respectivo autorizador. (Origem: POC SAS/MS,SVS/MS 20/2005, art. 3º, caput)

Parágrafo Único. O relatório deverá ser disponibilizado para o Serviço de Vigilância Epidemiológica (VE) em âmbito hospitalar, da secretaria municipal de saúde/secretaria estadual de saúde e para a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), do Ministério da Saúde. (Origem: POC SAS/MS,SVS/MS 20/2005, art. 3º, parágrafo único)

Art. 408. Fica definido, na forma do Anexo LVII, o fluxo para bloqueio/desbloqueio das AIH com agravos de notificação compulsória. (Origem: POC SAS/MS,SVS/MS 20/2005, art. 4º, caput)

Seção XI

Da Estrutura da Numeração da Autorização de Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares no Âmbito da Política Nacional de Cirurgias Eletivas de Média Complexidade

Art. 409. Fica incluído, na estrutura da numeração da autorização de procedimentos ambulatoriais e hospitalares, dígito específico para identificar APAC do elenco de procedimentos que integram a Política Nacional de Cirurgias Eletivas de Média Complexidade. (Origem: PRT SAS/MS 492/2008, art. 1º, caput)

§ 1º A estrutura da numeração é a seguinte: (Origem: PRT SAS/MS 492/2008, art. 1º, § 1º)

I - primeira e segunda posição - código utilizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE para a Unidade da Federação. (Origem: PRT SAS/MS 492/2008, art. 1º, § 1º, I)

II - terceira e quarta posição - dois últimos algarismos do ano de referência (Ex: 08 para 2008). (Origem: PRT SAS/MS 492/2008, art. 1º, § 1º, II)

III - quinta posição - Número 6 (seis) - para APAC Política Nacional de Cirurgias Eletivas de Média Complexidade. (Origem: PRT SAS/MS 492/2008, art. 1º, § 1º, III)

IV - da sétima à décima segunda posição - numeração na ordem crescente, conforme faixa definida pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT SAS/MS 492/2008, art. 1º, § 1º, IV)

V - décima terceira posição - é o dígito verificador, calculado pelo programa "DR SYSTEM". (Origem: PRT SAS/MS 492/2008, art. 1º, § 1º, V)

VI - total de dígitos - 13 (treze), (Origem: PRT SAS/MS 492/2008, art. 1º, § 1º, VI)

§ 2º Para os procedimentos da Política Nacional de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade é obrigatória a utilização da série numérica específica definida pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT SAS/MS 492/2008, art. 1º, § 2º)

Art. 410. Fica estabelecido que cabe aos gestores estaduais e do Distrito Federal definir as faixas numéricas de APAC para os municípios, com base na Programação Pactuada e Integrada. (Origem: PRT SAS/MS 492/2008, art. 2º, caput)

Parágrafo Único. As secretarias municipais de saúde a partir do intervalo da faixa numérica que lhe couber, deve cuidar para que o intervalo de APAC seja adequadamente redistribuído para os seus órgãos autorizadores locais. (Origem: PRT SAS/MS 492/2008, art. 2º, parágrafo único)

Art. 411. Fica recomendada a utilização do Módulo Autorizador, aplicativo desenvolvido e disponibilizado pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) para geração informatizada do número das APAC, como instrumento de controle e avaliação no nível local, para secretarias estaduais e municipais que não disponham de aplicativos próprios. (Origem: PRT SAS/MS 492/2008, art. 3º, caput)

CAPÍTULO VI

DO SISTEMA DE GERENCIAMENTO DA TABELA DE PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS, ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS DO SUS (SIGTAP)

Art. 412. Para os fins deste capítulo devem ser observados os seguintes conceitos: (Origem: PRT SAS/MS 436/2010, art. 1º, caput)

I - atributos são características dos procedimentos constantes da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, inerentes ao Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), aos usuários, aos Sistemas de Informação em Saúde Ambulatorial e Hospitalar (SIA-SIH/SUS) e com relação aos blocos de financiamento do SUS; (Origem: PRT SAS/MS 436/2010, art. 1º, I)

II - atributos gerais são características estruturais para composição do procedimento, conforme o Anexo LVIII; (Origem: PRT SAS/MS 436/2010, art. 1º, II)

III - atributos complementares são marcadores adicionais que compõem regras para aplicação de consistências para determinados procedimentos, a serem utilizadas pelos Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar (SIA-SIH/SUS), conforme o Anexo LIX. (Origem: PRT SAS/MS 436/2010, art. 1º, III)

Art. 413. Compete à Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, por meio do Departamento de Regulação Avaliação e Controle - Coordenação-Geral de Gestão de Sistemas de Informações em Saúde, adequar o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP) ao que dispõe este capítulo. (Origem: PRT SAS/MS 436/2010, art. 2º, caput)

CAPÍTULO VII

DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO CONTROLE DO CÂNCER DE MAMA (SISMAMA)

Art. 414. O sistema de informação oficial do Ministério da Saúde utilizado para o fornecimento dos dados informatizados dos procedimentos relacionados ao rastreamento e à confirmação diagnóstica do câncer de mama é o Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama (Sismama). (Origem: PRT SAS/MS 779/2008, art. 1º, caput)

§ 1º Esse Sistema é concebido pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) como um subsistema do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS), articulando-se pelo seu módulo de cadastro com o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão) e Sistema Informação do Câncer de Colo do Útero (Siscolo). (Origem: PRT SAS/MS 779/2008, art. 1º, § 1º)

§ 2º O Sismama apresenta as seguintes características: (Origem: PRT SAS/MS 779/2008, art. 1º, § 2º)

I - permite o gerenciamento das ações de rastreamento de câncer; (Origem: PRT SAS/MS 779/2008, art. 1º, § 2º, I)

II - padroniza e aprimora a qualidade dos laudos mamográficos; (Origem: PRT SAS/MS 779/2008, art. 1º, § 2º, II)

III - permite o seguimento das mulheres com exames alterados - gestão de casos positivos; (Origem: PRT SAS/MS 779/2008, art. 1º, § 2º, III)

IV - permite a análise da distribuição na população das lesões encontradas nas mamografias, podendo indicar necessidades de auditorias e capacitações locais; (Origem: PRT SAS/MS 779/2008, art. 1º, § 2º, IV)

V - contribui para o planejamento da oferta de serviços, otimizando recursos; (Origem: PRT SAS/MS 779/2008, art. 1º, § 2º, V)

VI - permite avaliar a indicação dos procedimentos de diagnóstico inicial e rastreamento; (Origem: PRT SAS/MS 779/2008, art. 1º, § 2º, VI)

VII - gera o Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I); (Origem: PRT SAS/MS 779/2008, art. 1º, § 2º, VII)

VIII - possui estrutura semelhante ao Siscolo, implantado em todos os laboratórios de citopatologia do SUS; e (Origem: PRT SAS/MS 779/2008, art. 1º, § 2º, VIII)

IX - os dados gerados poderão ser tabulados com o auxílio do TabWin/DATASUS, além da possibilidade de gerar relatórios padronizados. (Origem: PRT SAS/MS 779/2008, art. 1º, § 2º, IX)

Art. 415. O Sismama será composto por dois módulos operacionais: (Origem: PRT SAS/MS 779/2008, art. 2º, caput)

I - Módulo Prestador de Serviço (mamografia e laboratório): registra os dados referentes aos procedimentos de mamografia, exames de citopatologia e de histopatologia; e (Origem: PRT SAS/MS 779/2008, art. 2º, I)

II - Módulo Coordenação: gera relatórios que permitem avaliar unidades solicitantes, prestadores de serviço e perfil do diagnóstico, além de registrar as informações de seguimento (investigação diagnóstica e tratamento proposto) das mulheres que apresentam resultados de exames alterados. (Origem: PRT SAS/MS 779/2008, art. 2º, II)

§ 1º O Módulo Prestador de Serviço é responsável pela geração do BPA-I magnético e do arquivo com informações sobre o usuário (exporta dados). (Origem: PRT SAS/MS 779/2008, art. 2º, § 1º)

§ 2º A base primária da informação do Módulo de Coordenação é resultante da importação dos dados do prestador de serviço para a coordenação (arquivo exporta dados). (Origem: PRT SAS/MS 779/2008, art. 2º, § 2º)

§ 3º As coordenações estaduais deverão descentralizar as informações do seguimento para municípios e/ou regionais, de acordo com a estrutura organizacional e a pactuação local, para que estes possam acompanhar as mulheres residentes com exames alterados em sua área de abrangência, alimentando os dados de seguimento, mesmo na situação em que os exames tenham sido realizados fora do município de residência do usuário. (Origem: PRT SAS/MS 779/2008, art. 2º, § 3º)

Art. 416. Os dados de alimentação obrigatório do Sismama devem obedecer aos padrões utilizados no Sistema Cartão, e no caso de locais com equipamentos com possibilidade de conexão com a internet, a importação dos dados primários, se dará a partir da digitação do número do cartão. (Origem: PRT SAS/MS 779/2008, art. 3º, caput)

Parágrafo Único. Para o caso de ser feita a identificação e o cadastramento do usuário do SUS em locais sem possibilidade de conexão com a internet os dados deverão ser digitados juntamente com o laudo. (Origem: PRT SAS/MS 779/2008, art. 3º, parágrafo único)

Art. 417. O faturamento dos procedimentos referentes aos procedimentos mamografia bilateral (código 02.04.03.003-0), exame citopatológico de mama (código 02.03.01.004-3), exame anatomopatológico de mama-biópsia (código 02.03.02.006-5) e exame anatomopatológico de mama - peça cirúrgica (código 02.03.02.007-3) ficará vinculado à prestação de informações de cadastro e de laudo, descritas no manual gerencial do Sistema, disponível em <http://siscam.datasus.gov.br/>. (Origem: PRT SAS/MS 779/2008, art. 4º, caput)

§ 1º O Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) em meio magnético desses procedimentos será gerado exclusivamente pelo sistema de informação definido neste capítulo. (Origem: PRT SAS/MS 779/2008, art. 4º, § 1º)

§ 2º Os prestadores que já possuem um sistema informatizado próprio poderão exportar seus dados para o Sismama, para a geração de BPA e exportar dados, mediante a compatibilização das variáveis obrigatórias, para tanto a tabela para conversão estará disponível na página do DATASUS <http://siscam.datasus.gov.br/>. (Origem: PRT SAS/MS 779/2008, art. 4º, § 2º)

Art. 418. A transferência dos dados gerados no Sistema referentes aos procedimentos, definidos no art. 417, para o Departamento de Informática do SUS poderá ser realizada da seguinte forma: (Origem: PRT SAS/MS 779/2008, art. 5º, caput)

I - o prestador de serviços repassará mensalmente ao gestor do SUS o BPA e o "exporta dados", gerados simultaneamente pelo Sistema. O envio deste último pode ser via eletrônica (web) ou física; e (Origem: PRT SAS/MS 779/2008, art. 5º, I)

II - as secretarias estaduais de saúde consolidarão os dados municipais e deverão transferir para o Departamento de Informática do SUS os dados referentes aos procedimentos, definidos no art. 417, e ao seguimento das mulheres, até o 15º (décimo quinto) dia de cada mês, através do sítio <http://siscam.datasus.gov.br/>. (Origem: PRT SAS/MS 779/2008, art. 5º, II)

§ 1º Os dados de mamografia, citopatologia, histopatologia (Módulo Prestador de Serviço) a serem transferidos referem-se ao período de 1º (primeiro) a 30 (trinta) dias do mês imediatamente anterior ao seu envio. (Origem: PRT SAS/MS 779/2008, art. 5º, § 1º)

§ 2º O DATASUS atualizará a Base Nacional do Sismama, localizada no sítio <http://siscam.datasus.gov.br/>, com os dados transferidos pelas secretarias estaduais de saúde e informará, pelo próprio sítio, o recebimento destes, até o dia 20 (vinte) de cada mês. (Origem: PRT SAS/MS 779/2008, art. 5º, § 2º)

§ 3º As coordenações municipais e regionais que tiverem apenas o Módulo de Coordenação do Sismama implantado encaminharão mensalmente o banco de dados do seguimento para a coordenação estadual. (Origem: PRT SAS/MS 779/2008, art. 5º, § 3º)

Art. 419. As três esferas de governo realizarão a supervisão do fluxo de dados e o acompanhamento da qualidade, análise e avaliação das informações obtidas no Sistema a fim de orientar e planejar suas ações. (Origem: PRT SAS/MS 779/2008, art. 6º, caput)

Art. 420. O Instituto Nacional de Câncer (Inca), da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, em parceria com o DATASUS, deverá adotar as providências necessárias à plena estruturação deste Sistema. (Origem: PRT SAS/MS 779/2008, art. 7º, caput)

CAPÍTULO VIII

DO REGISTRO DE PACIENTES

Seção I

Do Registro do Paciente em Uso de Módulo Stent

Art. 421. Fica estabelecido o Registro Nacional de Implantes, Módulo Stent, como instrumento oficial do registro do implante de stents pelos hospitais e respectivos médicos. (Origem: PRT SAS/MS 1848/2018, art. 1º, caput)

§ 1º Compete à Anvisa estabelecer os critérios de compartilhamento dos conjuntos de dados que integram o Registro, inclusive junto às sociedades de médicos especialistas correspondentes, observando-se a Lei Geral de Proteção dos Dados (LGPD). (Origem: PRT SAS/MS 1848/2018, art. 1º, § 1º)

§ 2º As sociedades de especialistas com as quais os dados do Registro tiverem sido compartilhados, caberá interpretar e sistematizar os dados registrados, disponibilizando-os ao Ministério da Saúde quando solicitado, devendo-se observar a Lei Geral de Proteção dos Dados (LGPD). (Origem: PRT SAS/MS 1848/2018, art. 1º, § 2º)

§ 3º O formulário para preenchimento do Registro Nacional de Implantes, Módulo Stent, está disponível no sítio: <https://rni.anvisa.gov.br/>. (Origem: PRT SAS/MS 1848/2018, art. 1º, § 3º)

Seção II

Do Controle de Frequência Individual de Tratamento Dialítico (CFID)

Art. 422. Fica instituída a obrigatoriedade da utilização do controle de frequência individual de tratamento dialítico (CFID) para todos os tratamentos de diálise no âmbito do SUS. (Origem: PRT SAS/MS 706/2014, art. 1º, caput)

§ 1º Entende-se como modalidades de tratamento de diálise: (Origem: PRT SAS/MS 706/2014, art. 1º, § 1º)

I - a hemodiálise, a diálise peritoneal continua (DPAC); (Origem: PRT SAS/MS 706/2014, art. 1º, § 1º, I)

II - diálise peritoneal automática (DPA); e (Origem: PRT SAS/MS 706/2014, art. 1º, § 1º, II)

III - diálise peritoneal intermitente (DPI). (Origem: PRT SAS/MS 706/2014, art. 1º, § 1º, III)

§ 2º Os procedimentos relativos ao tratamento de diálise são identificados na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS através do grupo 03, subgrupo 05, forma de organização 01. (Origem: PRT SAS/MS 706/2014, art. 1º, § 2º)

Art. 423. O controle de frequência individual de tratamento dialítico (CFID) é o documento destinado a comprovar, através da assinatura do paciente ou responsável, a realização mensal dos procedimentos dialíticos e fornecimento de kits para DPAC/DPA e DPI. (Origem: PRT SAS/MS 706/2014, art. 2º, caput)

Art. 424. O CFID será preenchido em 1 (uma) só via a ser arquivada no prontuário do paciente, devidamente assinada pelo diretor do estabelecimento de saúde. (Origem: PRT SAS/MS 706/2014, art. 3º, caput)

Art. 425. O faturamento dos tratamentos de diálise através de Apac (Autorização de Procedimentos Ambulatoriais) fica condicionado a conferência e validação prévia pelo órgão gestor do CFID. (Origem: PRT SAS/MS 706/2014, art. 4º, caput)

Parágrafo Único. Para a validação de que trata o caput deste artigo o CFID deverá ser avaliado em conjunto com o respectivo Laudo para Solicitação/Autorização de Procedimentos Ambulatoriais. (Origem: PRT SAS/MS 706/2014, art. 4º, parágrafo único)

Art. 426. Os estabelecimentos de saúde devem manter o CFID arquivado para fins de auditoria dos órgãos de controle competentes, sob pena de ressarcimento dos valores pagos indevidamente. (Origem: PRT SAS/MS 706/2014, art. 5º, caput)

Art. 427. O modelo do CFID será disponibilizado pela Coordenação-Geral de Gestão de Sistemas de Informações em Saúde (CGSI/DRAC/SAS/MS) através do endereço eletrônico: <http://sia.datasus.gov.br>, em Documentos, na seção/aba Apac, no arquivo Folha_Frequencia_Dialise.pdf. (Origem: PRT SAS/MS 706/2014, art. 6º, caput)

CAPÍTULO IX

DOS MODELOS DE INFORMAÇÃO REGISTRO DE PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS E REGISTRO DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Art. 428. Ficam instituídos os seguintes documentos clínicos: Registro de Prescrição de Medicamentos (RPM) e Registro de Dispensação de Medicamentos (RDM). Os conteúdos e as estruturas das informações que compõem os referidos documentos clínicos estão descritos nos modelos de informação constantes nos Anexos LX e LXI. (Origem: PRT SAES/MS 50/2022, art. 1º, caput)

§ 1º RPM é o registro clínico objetivo sobre os medicamentos prescritos por profissional de saúde habilitado, compreendendo a prescrição em âmbito de atendimento ambulatorial e de medicamentos não sujeitos a controle especial - Anexo LX. (Origem: PRT SAES/MS 50/2022, art. 1º, § 1º)

§ 2º RDM é o registro de dados de um atendimento de dispensação de medicamentos não sujeitos a controle especial, dispensados em âmbito de atendimento ambulatorial por unidades públicas de saúde, unidades privadas financiadas pelo SUS ou pelo Programa Farmácia Popular do Brasil - Anexo LXI. (Origem: PRT SAES/MS 50/2022, art. 1º, § 2º)

Art. 429. A criação dos modelos computacionais do RPM e RDM e sua implantação técnica na Rede Nacional de Dados Saúde (RNDS) fica a cargo do Departamento de Informática do SUS (DATASUS/SE/MS), conforme competência definida na legislação em vigor. (Origem: PRT SAES/MS 50/2022, art. 2º, caput)

Art. 430. Ao final da execução de piloto do Projeto Prescrição Eletrônica e Controle de Dispensação de Medicamentos. Foco: Farmácia Popular, os modelos RPM e RDM serão de adoção obrigatória em todo o sistema de saúde do País, abrangendo as pessoas físicas ou jurídicas que realizem atenção à saúde nas esferas pública, suplementar e privada. (Origem: PRT SAES/MS 50/2022, art. 3º, caput)

TÍTULO IV

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 431. Fica estabelecido o sítio <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas-pcdt> para a disponibilização dos arquivos dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (PCDT), das diretrizes diagnósticas e terapêuticas (DDT) e outros protocolos e diretrizes publicados pelo Ministério da Saúde com a participação da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES/MS). (Origem: PRT SAES/MS 190/2021, art. 1º, caput)

Art. 432. Ficam revogadas, por consolidação, as seguintes normas:

I - Portaria SAS/MS nº 62, de 19 de abril de 1994, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 20 de abril de 1994, p. 5842;

II - Portaria SAS/MS nº 84, de 24 de junho de 1997, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 25 de junho de 1997, p. 13076;

III - Portaria SAS/MS nº 113, de 04 de setembro de 1997, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 05 de setembro de 1997, p. 19609;

IV - Portaria SAS/MS nº 55, de 24 de fevereiro de 1999, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 26 de fevereiro de 1999, p. 116;

V - Portaria SAS/MS nº 85, de 15 de março de 1999, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 17 de março de 1999, p. 13;

VI - art. 2º da Portaria SAS/MS nº 25, de 27 de janeiro de 2000, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 28 de janeiro de 2000, p. 8;

VII - arts. 1º a 3º, arts. 6º e 7º e art. 9º e art. 9º, caput e art. 9º, II e III e art. 9º, §§ 1º ao 4º e arts. 10 a 19 e art. 19, caput e arts. 20 a 23 e Anexo II, Anexo VII, Anexo VIII e Anexo IX da Portaria Conjunta SE/MS,SAS/MS nº 47, de 13 de agosto de 2001, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 10 de setembro de 2001, p. 55;

VIII - Portaria SAS/MS nº 472, de 23 de julho de 2002, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 24 de julho de 2002, p. 132;

IX - arts. 1º e 4º e Anexo 1 e Anexo 3 da Portaria SAS/MS nº 656, de 19 de setembro de 2002, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 20 de setembro de 2002, p. 80;

X - Portaria SAS/MS nº 103, de 09 de maio de 2003, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 13 de maio de 2003, p. 77;

XI - Portaria SAS/MS nº 406, de 22 de dezembro de 2003, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 24 de dezembro de 2003, p. 160;

XII - arts. 1º e 5º e arts. 7º e 10 e art. 11, caput e art. 11, I a III e art. 11, parágrafo único e art. 12-A e Anexo 1, Anexo 2-A e Anexo 2-B da Portaria SAS/MS nº 210, de 15 de junho de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 21 de junho de 2004, p. 43;

XIII - Portaria SAS/MS nº 492, de 10 de setembro de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 13 de setembro de 2004, p. 35;

XIV - Portaria SAS/MS nº 123, de 28 de fevereiro de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 01 de março de 2005, p. 67;

XV - Portaria Conjunta SAS/MS,SVS/MS nº 20, de 25 de maio de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 30 de maio de 2005, p. 77;

XVI - arts. 2º a 4º, art. 6º e arts. 8º e 9º da Portaria SAS/MS nº 414, de 11 de agosto de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 12 de agosto de 2005, p. 43;

XVII - Portaria SAS/MS nº 510, de 30 de setembro de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 03 de outubro de 2005, p. 43;

XVIII - Portaria SAS/MS nº 567, de 13 de outubro de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 17 de outubro de 2005, p. 51;

XIX - arts. 1º a 6º e art. 6º, caput e art. 6º, § 2º e arts. 7º a 12 e art. 15 e art. 15, caput e art. 15, I e art. 15, III e IV e arts. 16 e 19 e Anexo 1, Anexo 3-A, Anexo 3-B, Anexo 4-B e Anexo 4-D da Portaria SAS/MS nº 756, de 27 de dezembro de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 30 de dezembro de 2005, p. 183;

XX - Portaria SAS/MS nº 384, de 26 de maio de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 29 de maio de 2006, p. 54;

XXI - art. 1º e art. 1º, caput e art. 1º, §§ 1º ao 3º e arts. 2º a 8º e art. 8º, caput e art. 8º, § 2º e Anexo 1 e Anexo 2 da Portaria SAS/MS nº 496, de 30 de junho de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 14 de julho de 2006, p. 77;

XXII - Portaria SAS/MS nº 629, de 25 de agosto de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 28 de agosto de 2006, p. 119;

XXIII - Portaria SAS/MS nº 718, de 28 de setembro de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 02 de outubro de 2006, p. 72;

XXIV - arts. 1º e 2º e art. 2º, caput e art. 2º, § 1º e arts. 3º e 4º e art. 4º, caput e art. 4º, §§ 1º e 2º e art. 5º da Portaria SAS/MS nº 311, de 14 de maio de 2007, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 15 de maio de 2007, p. 44;

XXV - arts. 2º e 3º e art. 3º, caput e art. 3º, I a VI e arts. 4º a 12 e Anexo 1, Anexo 2, Anexo 3, Anexo 4, Anexo 5 e Anexo 6 da Portaria SAS/MS nº 334, de 08 de junho de 2007, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 12 de junho de 2007, p. 58;

XXVI - Portaria SAS/MS nº 421, de 23 de julho de 2007, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 24 de julho de 2007, p. 37;

XXVII - arts. 1º e 3º e arts. 6º e 7º e Anexo 1 e Anexo 2 da Portaria SAS/MS nº 719, de 28 de dezembro de 2007, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 31 de dezembro de 2007, p. 72;

XXVIII - Portaria SAS/MS nº 2, de 03 de janeiro de 2008, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 04 de janeiro de 2008, p. 27;

XXIX - arts. 1º e 2º e art. 2º, parágrafo único e arts. 5º e 6º da Portaria SAS/MS nº 709, de 27 de dezembro de 2007, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 04 de janeiro de 2008, p. 22;

XXX - Portaria SAS/MS nº 346, de 23 de junho de 2008, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 25 de junho de 2008, p. 50;

XXXI - arts. 5º a 8º da Portaria SAS/MS nº 472, de 22 de agosto de 2008, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 25 de agosto de 2008, p. 73;

XXXII - Portaria SAS/MS nº 492, de 10 de setembro de 2008, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 11 de setembro de 2008, p. 65;

XXXIII - arts. 1º e 2º e art. 2º, caput e arts. 3º a 12 e Anexo 1, Anexo 2, Anexo 3, Anexo 4, Anexo 4-A, Anexo 4-B e Anexo 5 da Portaria Conjunta SAS/MS,SVS/MS nº 1, de 20 de janeiro de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 23 de janeiro de 2009, p. 81;

XXXIV - arts. 3º e 4º e art. 4º, caput e art. 4º, §§ 2º ao 4º da Portaria SAS/MS nº 4, de 20 de janeiro de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 23 de janeiro de 2009, p. 86;

XXXV - arts. 1º e 2º e arts. 7º a 14 e Anexo 1 e Anexo 2 da Portaria SAS/MS nº 90, de 27 de março de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 13 de abril de 2009, p. 62;

XXXVI - Portaria SAS/MS nº 779, de 31 de dezembro de 2008, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 23 de abril de 2009, p. 76;

XXXVII - art. 1º e art. 1º, caput e art. 1º, I e II e art. 1º, IV e arts. 2º a 10, arts. 12 a 14 e arts. 16 e 18 e Anexo 1, Anexo 2 e Anexo 4 da Portaria SAS/MS nº 120, de 14 de abril de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 18 de maio de 2009, p. 88;

XXXVIII - arts. 1º a 6º e art. 8º e art. 8º, caput e arts. 9º a 12 e Anexo 1 e Anexo 2 da Portaria SAS/MS nº 400, de 16 de novembro de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 18 de novembro de 2009, p. 41;

XXXIX - Portaria SAS/MS nº 502, de 28 de dezembro de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 30 de dezembro de 2009, p. 65;

XL - Portaria SAS/MS nº 168, de 15 de abril de 2010, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 19 de abril de 2010, p. 113;

XLI - Portaria SAS/MS nº 394, de 16 de agosto de 2010, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 17 de agosto de 2010, p. 49;

XLII - Portaria SAS/MS nº 436, de 10 de setembro de 2010, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 14 de setembro de 2010, p. 43;

XLIII - art. 5º e art. 5º, §§ 1º ao 3º e art. 10 da Portaria SAS/MS nº 718, de 20 de dezembro de 2010, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 31 de dezembro de 2010, p. 100;

XLIV - art. 2º e Anexo 1 da Portaria SAS/MS nº 272, de 15 de junho de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 16 de junho de 2011, p. 122;

XLV - Portaria SAS/MS nº 942, de 22 de dezembro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 23 de dezembro de 2011, p. 71;

XLVI - Portaria SAS/MS nº 147, de 28 de fevereiro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 29 de fevereiro de 2012, p. 63;

XLVII - arts. 1º a 5º e arts. 7º e 8º da Portaria Conjunta SAS/MS,SGEP/MS nº 2, de 15 de março de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 16 de março de 2012, p. 176;

XLVIII - arts. 1º a 3º e art. 3º, caput e arts. 5º e 6º da Portaria SAS/MS nº 276, de 30 de março de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 02 de abril de 2012, p. 50;

XLIX - Portaria SAS/MS nº 433, de 15 de maio de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 16 de maio de 2012, p. 63;

L - Portaria SAS/MS nº 971, de 13 de setembro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 18 de setembro de 2012, p. 32;

LI - Portaria SAS/MS nº 1297, de 22 de novembro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 23 de novembro de 2012, p. 133;

LII - Portaria SAS/MS nº 143, de 20 de fevereiro de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 21 de fevereiro de 2013, p. 58;

LIII - Portaria SAS/MS nº 492, de 30 de abril de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 02 de maio de 2013, p. 63;

LIV - Portaria SAS/MS nº 722, de 28 de junho de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 02 de julho de 2013, p. 39;

LV - arts. 1º a 3º e arts. 5º e 6º e Anexo 1 da Portaria SAS/MS nº 1268, de 14 de novembro de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 19 de novembro de 2013, p. 33;

LVI - Portaria SAS/MS nº 1362, de 04 de dezembro de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 05 de dezembro de 2013, p. 279;

LVII - arts. 3º e 4º e Anexo I da Portaria SAS/MS nº 9, de 06 de janeiro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 07 de janeiro de 2014, p. 26;

LVIII - Portaria SAS/MS nº 20, de 09 de janeiro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 2, de 10 de janeiro de 2014, p. 54;

LIX - arts. 1º a 5º e arts. 7º a 12 e Anexo 1 da Portaria SAS/MS nº 24, de 14 de janeiro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 15 de janeiro de 2014, p. 39;

LX - Portaria SAS/MS nº 186, de 14 de março de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 17 de março de 2014, p. 73;

LXI - Portaria Conjunta SAS/MS,SE/MS nº 193, de 17 de março de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 18 de março de 2014, p. 30;

LXII - Portaria Conjunta SAS/MS,SE/MS nº 239, de 26 de março de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 28 de março de 2014, p. 153;

LXIII - arts. 1º a 7º e Anexo 1 da Portaria SAS/MS nº 371, de 07 de maio de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 08 de maio de 2014, p. 50;

LXIV - Portaria SAS/MS nº 118, de 18 de fevereiro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 16 de junho de 2014, p. 91;

LXV - Portaria SAS/MS nº 706, de 12 de agosto de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 28 de agosto de 2014, p. 79;

LXVI - Portaria SAS/MS nº 914, de 19 de setembro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 22 de setembro de 2014, p. 57;

LXVII - arts. 1º a 5º e art. 5º, caput e art. 5º, §§ 2º e 3º e arts. 6º e 7º da Portaria SAS/MS nº 1011, de 03 de outubro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 06 de outubro de 2014, p. 68;

LXVIII - Portaria SAS/MS nº 1319, de 24 de novembro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 25 de novembro de 2014, p. 40;

LXIX - Portaria SAS/MS nº 1324, de 27 de novembro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 28 de novembro de 2014, p. 144;

LXX - Portaria SAS/MS nº 359, de 23 de abril de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 24 de abril de 2015, p. 75;

LXXI - Portaria SAS/MS nº 393, de 06 de maio de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 07 de maio de 2015, p. 28;

LXXII - Portaria Conjunta SAS/MS,SGEP/MS nº 1, de 07 de maio de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 08 de maio de 2015, p. 55;

LXXIII - Portaria SAS/MS nº 424, de 13 de maio de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 14 de maio de 2015, p. 55;

LXXIV - Portaria SAS/MS nº 130, de 05 de fevereiro de 2016, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 10 de fevereiro de 2016, p. 48;

LXXV - Portaria SAS/MS nº 1587, de 07 de novembro de 2016, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 14 de novembro de 2016, p. 122;

LXXVI - Portaria SAS/MS nº 2604, de 29 de abril de 2016, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 06 de janeiro de 2017, p. 31;

LXXVII - Portaria SAS/MS nº 484, de 06 de março de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 07 de março de 2017, p. 101;

LXXVIII - Portaria SAS/MS nº 688, de 06 de abril de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 10 de abril de 2017, p. 52;

LXXIX - arts. 1º e 2º e art. 3º, §§ 1º ao 3º e art. 4º da Portaria SAS/MS nº 774, de 13 de abril de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 19 de abril de 2017, p. 70;

LXXX - art. 1º e art. 1º, parágrafo único e art. 2º e art. 2º, §§ 1º ao 3º e arts. 3º e 7º da Portaria SAS/MS nº 544, de 07 de maio de 2018, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 20 de junho de 2018, p. 31;

LXXXI - arts. 1º e 3º da Portaria SAS/MS nº 1119, de 23 de julho de 2018, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 08 de agosto de 2018, p. 106;

LXXXII - Portaria SAS/MS nº 1701, de 25 de outubro de 2018, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 16 de novembro de 2018, p. 96;

LXXXIII - Portaria SAS/MS nº 1846, de 21 de novembro de 2018, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 10 de dezembro de 2018, p. 112;

LXXXIV - Portaria SAS/MS nº 1848, de 21 de novembro de 2018, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 10 de dezembro de 2018, p. 112;

LXXXV - art. 5º e art. 5º, §§ 1º ao 4º e art. 5º, §§ 6º ao 10 e arts. 6º a 12 da Portaria SAS/MS nº 263, de 22 de fevereiro de 2019, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 25 de março de 2019, p. 75;

LXXXVI - art. 1º e art. 1º, caput da Portaria SAS/MS nº 359, de 15 de março de 2019, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 05 de abril de 2019, p. 143;

LXXXVII - Portaria SAES/MS nº 1154, de 02 de outubro de 2019, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 07 de outubro de 2019, p. 184;

LXXXVIII - art. 1º e arts. 3º a 6º e art. 6º, parágrafo único e art. 27 da Portaria SAES/MS nº 1399, de 17 de dezembro de 2019, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 19 de dezembro de 2019, p. 173;

LXXXIX - Portaria SAES/MS nº 163, de 20 de fevereiro de 2020, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 21 de fevereiro de 2020, p. 195;

XC - Portaria SAES/MS nº 190, de 04 de março de 2021, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 09 de março de 2021, p. 120;

XCI - Portaria SAES/MS nº 225, de 10 de março de 2021, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 29 de março de 2021, p. 117;

XCII - arts. 3º a 18 e art. 26 e art. 26, caput e art. 27 e Anexo 3 e Anexo 4 da Portaria SAES/MS nº 470, de 22 de abril de 2021, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 27 de abril de 2021, p. 66;

XCIII - Portaria SAES/MS nº 835, de 17 de agosto de 2021, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 24 de agosto de 2021, p. 95;

XCIV - Portaria SAES/MS nº 11, de 05 de janeiro de 2022, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 11 de janeiro de 2022, p. 152; e

XCV - Portaria SAES/MS nº 50, de 09 de fevereiro de 2022, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 11 de fevereiro de 2022, p. 165.

Art. 433. Esta Portaria de Consolidação entra em vigor na data de sua publicação.

MAÍRA BATISTA BOTELHO

PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 1, DE 22 DE FEVEREIRO DE 2022 - ANEXOS

ANEXO I

CONDIÇÕES NECESSÁRIAS PARA A REANIMAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO ACESSÍVEIS E PRONTAS PARA USO NA SALA/QUARTO DE PARTO, OU EM AMBIENTE PRÓXIMO A ESTES

(Origem: Anexo 1 da PRT SAS/MS 371/2014)

Condições necessárias para a reanimação do recém-nascido (que precisarão estar acessíveis e prontas para uso na sala/quarto de parto, ou em ambiente próximo a estes).

I - Ambiente de parto/nascimento e/ou de reanimação com temperatura ambiente de 26°C (vinte e seis graus Celsius) e:

a) berço aquecido por sistema de calor irradiante, com acesso por 3 lados, tendo como opção de leito mesa e não cesto/cuba de acrílico;

b) fontes de oxigênio umidificado e de ar comprimido, com fluxômetros;

c) blender para mistura oxigênio/ar;

d) aspirador a vácuo com manômetro;

e) oxímetro de pulso com sensor neonatal e bandagem elástica escura;

f) relógio de parede com ponteiro de segundos;

g) termômetro digital para mensuração da temperatura ambiente.

II - Material para aspiração:

a) sondas: traqueais nº 6, 8 e 10 e gástricas curtas nº 6 e 8;

b) dispositivo para aspiração de mecônio;

c) seringa de 20 (vinte) ml.

III - Material para ventilação:

a) reanimador manual neonatal (balão autoinflável com volume máximo de 750 (setecentos e cinquenta) ml, reservatório de O2 e válvula de escape com limite de 30-40cm (trinta a quarenta centímetro) H2O e/ou manômetro);

b) ventilador mecânico manual neonatal em T, com circuitos próprios;

c) máscaras redondas com coxim para prematuros tamanho 00 e 0 e para termo tamanho 1.

IV - Material para intubação traqueal:

- a) Laringoscópio infantil com lâmina reta nº 00, 0, 1 e 2;
- b) Cânulas traqueais sem balonete, de diâmetro uniforme 2,5/ 3,0/ 3,5 e 4,0 mm;
- c) Material para fixação da cânula: tesoura, fita adesiva e algodão com SF 0,9%;
- d) Pilhas e lâmpadas sobressalentes para laringoscópio;
- e) petector colorimétrico de dióxido de carbono expirado (desejável).

V - Medicações:

- a) adrenalina a 1/10.000 em seringa de 5,0 ml (cinco mililitros) para uso endotraqueal;
- b) adrenalina a 1/10.000 em seringa de 1,0ml (um mililitro) para uso endovenoso;
- c) expansor de volume (SF 0,9% (nove décimos por cento) ou Ringer-lactato) em 2 (duas) seringas de 20ml (vinte mililitros).

VI - Material para cateterismo umbilical:

- a) campo fenestrado esterilizado, cadarço de algodão e gaze;
- b) pinça tipo Kelly reta de 14cm (catorze centímetros) e cabo de bisturi com lâmina nº 21;
- c) Porta agulha de 11cm (onze centímetros) e fio agulhado mononylon 4.0;
- d) cateter umbilical 5F ou 8F de PVC ou poliuretano;
- e) torneira de 3 (três) vias.

VII - Outros:

- a) luvas e óculos de proteção individual para os profissionais de saúde;
- b) compressas e gazes esterilizadas;
- c) estetoscópio neonatal;
- d) termômetro clínico digital
- e) saco de polietileno de 30X50cm (trinta por cinquenta centímetros) e touca para proteção térmica do prematuro;
- f) tesoura de ponta romba e clampeador de cordão umbilical.

ANEXO II

ORIENTAÇÕES GERAIS PARA O SERVIÇO DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS ESTOMIZADAS

(Origem: Anexo 1 da PRT SAS/MS 400/2009)

Estomia é um procedimento cirúrgico que consiste na exteriorização do sistema (digestório, respiratório e urinário), criando um orifício externo que se chama estoma.

Estomias Intestinais (colostomia e ileostomia) são intervenções cirúrgicas realizadas, tanto no cólon (intestino grosso) como no intestino delgado, e consistem na exteriorização de um segmento intestinal, através da parede abdominal, criando assim uma abertura artificial para a saída do conteúdo fecal.

Estomias Urinárias (urostomia) consistem na abertura abdominal para a criação de um trajeto de drenagem da urina. São realizadas por diversos métodos cirúrgicos, com objetivo de preservar a função renal.

Gastrostomia é um procedimento cirúrgico que consiste na realização de uma comunicação do estômago com o meio exterior. Tem indicação para pessoas que a necessitam como via suplementar de alimentação.

Traqueostomia é procedimento cirúrgico realizada para criar uma comunicação da luz traqueal com o exterior, com o objetivo de melhorar o fluxo respiratório.

1. O Serviço classificado em Atenção às Pessoas Estomizadas I

1.1. Definição: serviço que presta assistência especializada de natureza interdisciplinar às pessoas com estoma, objetivando sua reabilitação, com ênfase na orientação para o autocuidado, prevenção de complicações nas estomias e fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança. Deve dispor de equipe multiprofissional, equipamentos e instalações físicas adequadas, integrados à estrutura física de policlínicas, ambulatórios de hospital geral e especializado, unidades ambulatoriais de especialidades, unidades de Reabilitação Física.

1.2. Atribuições

I - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e do atendimento às pessoas com estoma, no âmbito de seu território;

II - prestar atenção qualificada que envolve a educação para o autocuidado, a avaliação das necessidades biopsicossociais gerais do indivíduo, as específicas relacionadas à estomia e pele periestomia, incluindo a indicação e prescrição de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança, enfatizando a prevenção de complicações nas estomias;

III - responsabilizar-se pela administração dos equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança desde a aquisição, o controle do estoque, condições de armazenamento e o fornecimento para as pessoas com estoma;

IV - orientar os profissionais da atenção básica para o atendimento das pessoas com estoma;

V - orientar e incentivar os usuários à participação em grupos de apoio;

VI - realizar e manter atualizado o cadastramento dos pacientes atendidos no serviço;

VII - estabelecer com o paciente a periodicidade para entrega dos equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança;

VIII - orientar sobre a importância do acompanhamento médico no serviço de origem;

IX - realizar encaminhamento necessário quando detectadas quaisquer intercorrências;

X - orientar a pessoa com estoma para o convívio social e familiar.

1.3. Instalações Físicas

O Serviço deverá dispor, no mínimo, da seguinte estrutura física:

I - consultório equipado com:

- sanitário exclusivo com ducha higiênica;
- maca revestida de material impermeável, de fácil higienização;
- escada de dois degraus;
- estetoscópio;
- esfigmomanômetro;
- mesa auxiliar com rodízios;
- escrivaninha;
- armário;
- cadeiras;
- balança antropométrica;
- balança pediátrica;
- foco frontal;
- balde para lixo com tampa e controle de pedal;
- espelho com dimensões mínimas de 120x50cm (cento e vinte por cinquenta centímetros);
- pia para higiene das mãos.

II - sala de reuniões para atendimento em grupo.

III - sanitários feminino e masculino com duchas higiênicas e trocador.

IV - local destinado para estocagem dos equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança.

As instalações físicas do Serviço deverão estar em conformidade com as Normas para Acessibilidade a Edificações, Mobiliário, Espaços e Equipamentos Urbanos (NBR 9050:2020).

A área física para estocagem dos equipamentos deve atender às normas vigentes para o acondicionamento de medicamentos, segundo a Portaria Interministerial MS/MDIC nº 692, de 8 de abril de 2009, as normas da Anvisa, especialmente a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC/Anvisa) nº 16, de 28 de março de 2013.

1.4. Recursos Humanos

O Serviço deverá dispor de, no mínimo, os seguintes recursos humanos:

- 1 (um) médico;
- 1 (um) enfermeiro;
- 1 (um) assistente social.

O número de profissionais deve ser adequado às demandas e à área territorial de abrangência do serviço dando-se prioridade à maior proporção de enfermeiros na equipe.

1.5. Atividades

I - atendimento individual (consulta de enfermagem e consulta médica e consulta de serviço social);

II - atendimento em grupo (orientação, grupo operativo, atividades educativas em saúde e de vida diária);

III - orientação à família;

IV - atividades enfocando a inclusão da pessoa com estoma na família e na sociedade;

V - planejamento quantitativo e qualitativo dos equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança para distribuição;

VI - atividades de orientação aos profissionais da atenção básica para o estabelecimento de fluxos de referência e contrarreferência.

2. O Serviço classificado em Atenção às Pessoas Estomizadas II

2.1 Definição: serviço que presta assistência especializada e de natureza interdisciplinar às pessoas com estoma objetivando sua reabilitação, incluindo a orientação para o autocuidado, prevenção, tratamento de complicações nas estomias, capacitação e fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança.

Deve dispor de equipe multiprofissional, equipamentos e instalações físicas adequadas, integrados à estrutura física de policlínicas, ambulatórios de hospital geral e especializado, unidades ambulatoriais de especialidades, unidades de reabilitação física, unidade de assistência de alta complexidade em oncologia (Unacon) e centro de assistência de alta complexidade em oncologia (Cacon).

2.2. Atribuições

I - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e do atendimento às pessoas com estoma no âmbito de seu território;

II - realizar e manter atualizado o cadastramento dos pacientes atendidos no serviço;

III - prestar assistência especializada que envolve a educação para o autocuidado, a avaliação das necessidades biopsicossociais gerais do indivíduo e da família e as específicas relacionadas à estomia e pele periestomia, incluindo a prevenção e tratamento das complicações, indicação e prescrição de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança.

IV - responsabilizar-se pela administração dos equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança desde a aquisição, o controle do estoque, as condições de armazenamento, avaliação e fornecimento para as pessoas com estoma;

V - orientar e incentivar as pessoas com estoma à participação em grupos de apoio;

VI - orientar sobre a importância do acompanhamento médico no serviço de origem;

VII - realizar encaminhamento necessário quando detectadas quaisquer intercorrências;

VIII - orientar e preparar a pessoa com estoma para o convívio social e familiar;

IX - orientar e capacitar os profissionais da atenção básica e do Serviço classificado em Atenção às Pessoas Estomizadas I;

X - realizar junto as unidades hospitalares a capacitação das equipes de saúde quanto à assistência nas etapas pré e pós-operatórias das cirurgias que levam à realização de estomias, incluindo as reconstruções de trânsito intestinal e urinários assim como o tratamento das complicações pós-operatórias;

XI - realizar capacitação para técnicas especializadas junto aos profissionais das unidades hospitalares e equipes de saúde do Serviço de Atenção a Saúde das Pessoas Estomizadas I.

2.3. Instalações físicas

O Serviço deverá dispor da seguinte estrutura física:

I - consultório equipado com:

- sanitário exclusivo com ducha higiênica;
- maca revestida de material impermeável, de fácil higienização;
- escada de 2 (dois) degraus;
- estetoscópio;
- esfigmomanômetro;
- mesa auxiliar com rodízios;
- suporte de soro;
- escrivaninha;
- armário;
- cadeiras;
- balança antropométrica;
- balança pediátrica;
- foco frontal;
- balde para lixo com tampa e controle de pedal;
- espelho com dimensões mínimas de 120x50cm (cento e vinte por cinquenta centímetros);
- pia para higiene das mãos.

II - sala de reuniões para atendimento em grupo.

III - sanitários feminino e masculino com duchas higiênicas e trocador.

IV - local destinado para estocagem dos equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança.

As instalações físicas do Serviço deverão estar em conformidade com as Normas para Acessibilidade a Edificações, Mobiliário, Espaços e Equipamentos Urbanos (NBR 9050:2020).

A área física para estocagem dos equipamentos deve atender às normas vigentes para o acondicionamento de medicamentos, segundo a Portaria Interministerial MS/MDIC nº 692, de 8 de abril de 2009, e às normas da Anvisa, especialmente a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC/Anvisa) nº 16, de 28 de março de 2013.

2.4. Recursos Humanos

O Serviço deverá dispor de no mínimo os seguintes recursos humanos:

- 1 (um) médico (médico clínico ou proctologista ou urologista ou gastroenterologista, cirurgião geral ou cirurgião pediátrico ou cancerologista cirúrgico ou cirurgião de cabeça e pescoço ou cirurgião torácico);

- 1 (um) enfermeiro (com capacitação em assistência às pessoas com estoma);

- 1 (um) psicólogo clínico;

- 1 (um) nutricionista;

- 1 (um) assistente social;

O número de profissionais deve ser adequado às demandas e à área territorial de abrangência do serviço, dando-se prioridade à maior proporção de enfermeiros na equipe. Os profissionais não necessitam ser exclusivos do serviço.

2.5. Atividades

I - atendimento individual (consulta de enfermagem, consulta médica, consulta de serviço social, psicologia e nutrição);

II - atendimento em grupo (orientação, grupo operativo, atividades educativas em saúde e de vida diária);

III - orientações à família; atividades enfocando a inclusão das pessoas com estoma na família e sociedade;

IV - planejamento quantitativo e qualitativo dos equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança para aquisição e fornecimento para as pessoas com estoma;

V - atividades de orientação aos profissionais da atenção básica e hospitalares para o estabelecimento de fluxos de referência e contrarreferência;

VI - capacitação para técnicas especializadas aos profissionais das unidades hospitalares e equipes de saúde do Serviço de Atenção a Saúde das Pessoas Estomizadas I.

ANEXO III

RELAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS COLETORES E ADJUVANTES DE PROTEÇÃO E SEGURANÇA - TABELA DE PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS E OPM DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

(Origem: Anexo 2 da PRT SAS/MS 400/2009)

Procedimento: 0701050012 - Bolsa de Colostomia Fechada com Adesivo Microporoso

Descrição: bolsa fechada para estoma intestinal ou protetor de estomia, plástico aniodor, transparente ou opaca, com filtro de carvão ativado, com ou sem resina sintética ou mista (karaya), recortável ou pré-cortada, com ou sem adesivo microporoso hipoalergênico (no máximo 60 (sessenta) por mês).

Procedimento: 0701050020 - Bolsa de Colostomia Fechada com Adesivo Microporoso Drenável

Descrição: bolsa drenável para estoma intestinal adulto, pediátrico ou neonatal, plástico antiodor, transparente ou opaca, com ou sem a segunda abertura, com ou sem filtro de carvão ativado, resina sintética ou mista (karaya), recortável ou pré-cortada, com ou sem adesivo microporoso hipoalergênico (no máximo 30 (trinta) por mês).

Procedimento: 0701050047 - Conjunto de Placa e Bolsa para Estomia Intestinal

Descrição: sistema compatível de bolsa e base adesiva para estoma intestinal adulto ou pediátrico, bolsa drenável, fechada ou protetor de estoma, plástico antiodor, transparente ou opaca, com ou sem filtro de carvão ativado, base adesiva de resina sintética, recortável ou pré-cortada, com ou sem adesivo microporoso hipoalergênico (no máximo de 10 (dez) por mês).

Procedimento: 0701060018 - Barreiras Protetoras de Pelo Sintética e/ou Mista em Forma de Pó/Pasta/ e/ou Placa

Descrição: barreira protetora de pele, de resina sintética ou formadora de película disponibilizada como 1 (um) tubo de pó ou 1 (um) tubo de pasta ou 20 (vinte) anéis planos ou convexos ou 5 (cinco) tiras ou 15 (quinze) placas 10x10cm ou 10 (dez) placas 15x15cm ou 8 (oito) placas 20x20cm ou 1

(um) frasco formador de película (1 tubo/frasco ou 1 kit por mês).

Procedimento: 0701060026 - Bolsa Coletora para Urostomizados

Descrição: bolsa para estoma urinário adulto ou pediátrico, plástico antiodor, transparente ou opaca, com sistema antirrefluxo e válvula de drenagem, com oxido de zinco ou resina sintética, plana ou convexa, recortável ou pré-cortada, com ou sem adesivo microporoso hipoalergênico (no máximo 30 (trinta) por mês).

Procedimento: 0701060034 - Coletor Urinário de Perna ou de Cama

Descrição: coletor urinário de perna ou de cama, plástico antiodor, com tubo para conexão em dispositivo coletor para estomas ou incontinência urinária, com sistema antirrefluxo e válvula de drenagem. O coletor de perna deverá conter cintas de fixação para pernas (no máximo 4 (quatro) por mês).

Procedimento: 0701060042 - Conjunto de Placa e Bolsa para Urostomizados

Descrição: sistema compatível de duas peças (bolsa e base adesiva), para estoma urinário adulto ou pediátrico, bolsa com plástico antiodor, transparente ou opaca, sistema antirrefluxo e válvula de drenagem, base adesiva de resina sintética, plana ou convexa, recortável ou pré-cortada, com ou sem adesivo microporoso hipoalergênico (no máximo de 15 (quinze) por mês).

ANEXO IV

DIRETRIZES PARA INTERVENÇÃO ENDOVASCULAR NA DOENÇA ARTERIAL PERIFÉRICA E NA DOENÇA CÉREBRO-VASCULAR EXTRACRANIANA

(Origem: Anexo 1 da PRT SAS/MS 272/2011)

Nas recomendações descritas abaixo, adotou-se a seguinte nomenclatura quanto às classes de recomendações:

CLASSE I: há consenso quanto à indicação da intervenção. O consenso é resultado de estudos randomizados ou de opinião majoritária de especialistas.

CLASSE II: há controvérsia quanto à indicação da intervenção.

CLASSE III: há consenso quanto à falta de indicação ou contraindicação da intervenção.

1 DOENÇA ARTERIAL PERIFÉRICA

O documento base para as recomendações propostas abaixo é o TASC (Trans-Atlantic Inter-Society Consensus) II (NORGREN et al., 2007), consenso elaborado por 15 (quinze) sociedades médicas de todo o mundo.

DOENÇA ARTERIAL PERIFÉRICA (DAP) é a estenose ou obstrução de artérias nos seguintes segmentos (não mutuamente excludentes):

- a. aortoiliaco;
- b. fêmoro-poplíteo;
- c. infrapoplíteo.

Quando apresenta sintomas, o quadro clínico se caracteriza por:

a. isquemia crítica: manifestação da doença arterial que leva a dor em repouso e/ou lesões tróficas de pele (úlceras e gangrena). Implica em cronicidade de sintomas (acima de 2 (duas) semanas). O diagnóstico deve necessariamente ser confirmado por medidas objetivas: medida da pressão arterial no tornozelo com o doppler ultrassom de ondas contínuas e o índice tornozelo braço, medida da pressão de artelho ou tensão transcutânea de oxigênio. Geralmente a pressão de tornozelo é menor que 50-70 mmHg (cinquenta a setenta milímetros de mercúrio) (e a pressão de artelho menor que 30-50 mmHg (trinta a cinquenta milímetros de mercúrio). Acompanha-se de altas taxas de mortalidade (25% (vinte e cinco por cento)) e perda de membro (25-40% (vinte e cinco a quarenta por cento)) em 1 (um) ano;

b. claudicação intermitente: presença de desconforto muscular reproduzível com a atividade física, que acarreta redução do desempenho ao exercício e da capacidade de andar, reduz qualidade de vida e estado físico geral. A taxa de amputação em 5 (cinco) anos é menor que 2% (dois por cento). Ocorre em cerca de um terço dos pacientes com doença arterial.

O tratamento da DAP pode ser assim resumido:

a. na isquemia crítica, o tratamento de escolha é a revascularização;

b. na claudicação intermitente, o tratamento inicial deve ser direcionado para as atividades físicas, preferencialmente supervisionadas, porque aumentam a distância de caminhada, melhoram a função endotelial e promovem adaptações metabólicas do músculo esquelético. O objetivo é a melhora da qualidade de vida em casos de limitação funcional. Não se indica intervenção para se reduzir o risco de amputação. Considera-se a revascularização quando há falência do tratamento clínico, por:

- resposta insatisfatória aos exercícios físicos ou não aderência do paciente aos exercícios recomendados;
- contraindicação aos exercícios físicos, por doença cardíaca ou pulmonar grave ou imitações músculoesqueléticas ou neurológicas;
- intolerância ao medicamento ou falta de resposta ao tratamento farmacológico.

A indicação da revascularização se baseia no quadro clínico, enquanto a escolha do método de intervenção, seja por cirurgia convencional ou tratamento endovascular, depende da localização e da morfologia das lesões.

1.1 SEGMENTO AORTOILÍACO

As lesões do segmento aortoilíaco são classificados pelo TASC em quatro grupos, de A a D (Quadro 1). Enquanto as lesões de tipos A e B são mais favoráveis para o tratamento endovascular, as de tipo C favorecem tratamento cirúrgico aberto, mas o tratamento endovascular é aceitável em muitos casos, enquanto nas de tipo D o tratamento de escolha é cirurgia aberta (Tabela 1). Independente se oclusão ou estenose, o uso do stent leva a maior taxa de sucesso e reduz a taxa de oclusão precoce. As comorbidades, a preferência do paciente e as taxas de sucesso de longo prazo do cirurgião devem ser consideradas na recomendação do tratamento, em especial para as lesões tipos B e C.

Quadro 1: Tipos de lesão do segmento aortoilíaco pelo TASC e sua descrição

TASC	Descrição
A	1. Estenose unilateral ou bilateral da artéria ilíaca comum (AIC) 2. Estenose pequena (≤ 3 cm (menor ou igual a três centímetros)) unilateral ou bilateral artéria ilíaca externa (AIE)
B	1. Estenose pequena (≤ 3 cm (menor ou igual a três centímetros)) da aorta infrarenal 2. Oclusão unilateral da AIC 3. Estenose simples ou múltiplas totalizando 3-10 cm (três a dez
	centímetros) envolvendo a AIE e não se estendendo para artéria femoral comum (AFC) 4. Oclusão unilateral da AIE que não envolve a origem da artéria ilíaca interna (AII) e da AFC
C	1. Oclusão bilateral da AIC 2. Estenose bilateral de 3-10 cm (três a dez centímetros) da AIE não se estendendo para AFC 3. Estenose unilateral da AIE estendendo para AFC
	4. Oclusão da AIE que envolve da origem da AII e/ou AFC 5. Oclusão unilateral e altamente calcificada da AIE com ou sem envolvimento das origens da AII e/ou AFC
D	1. Oclusão infrarenal aortoilíaco 2. Doença difusa envolvendo a aorta e ambas artérias ilíacas 3. Estenoses múltiplas e difusas envolvendo a AIC, AIE, AFC 4. Oclusão unilateral envolvendo tanto AIC com AIE
	5. Oclusão bilateral da AIE 6. Estenose ilíaca em paciente com aneurisma da aorta abdominal que requer tratamento e não é passível de tratamento endovascular ou outras lesões que requerem cirurgia aberta da aorta ou artéria ilíaca.

Tabela 1: Classes de recomendações para tratamento endovascular e cirurgia aberta no segmento aortoilíaco, de acordo com a classificação TASC das lesões

TASC	Tratamento Endovascular	Cirurgia Aberta
A	I	III
B	I	II

C	II	II
D	III	I

1.2 SEGMENTO FÊMORO-POPLÍTEO

As lesões do segmento fêmoro-poplíteo também são classificados pelo TASC em quatro grupos, de A a D (Quadro 2). A intervenção endovascular é a de escolha nas lesões A e B, podendo ser usada nas tipo C. A cirurgia aberta é a opção de escolha nas lesões tipo D e a preferida nas do tipo C (Tabela 2). As comorbidades devem ser consideradas. Os stents estão indiscutivelmente indicados na falência aguda da angioplastia fêmoro-poplíteia e são melhor indicados na oclusão e estenoses longas, ou quando há resultado insatisfatório do balão (estenose > 30% (maior que trinta centímetros)), ou dissecação com limitação de fluxo.

Quadro 2: Tipos de lesão do segmento fêmoro-poplíteo pelo TASC e sua descrição

TASC	DESCRIÇÃO
A	1. Estenose única ≤ 10 cm (menor ou igual a dez centímetros) 2. Oclusão única ≤ 5 cm (menor ou igual a cinco centímetros)
B	1. Múltiplas lesões (estenose ou oclusões), cada uma ≤ 5 cm (menor ou igual a cinco centímetros) 2. Estenose ou oclusão única ≤ 15 cm (menor ou igual a quinze centímetros) e não envolvendo a artéria poplíteia infragenicular
	3. Lesões únicas ou múltiplas na ausência de vasos tibiais contínuos para melhorar o inflow de bypass distal 4. Oclusão calcificada ≤ 5 cm (menor ou igual a cinco centímetros) 5. Estenose poplíteia única
C	1. Múltiplas estenoses ou oclusões > 15 cm (maior que quinze centímetros) com ou sem calcificação importante 2. Estenose ou oclusão recorrente que precisa de tratamento após duas intervenções endovasculares
D	1. Oclusões da AFC e AFS (> 20 cm (maior que vinte centímetros) , envolvendo artéria poplíteia) 2. Oclusão envolvendo a artéria poplíteia e trifurcação proximal

Tabela 2: Classes de recomendações para tratamento endovascular e cirurgia aberta no segmento fêmoro-poplíteo, de acordo com a classificação TASC das lesões

TASC	Tratamento Endovascular	Cirurgia Aberta
A	I	III
B	I	II
C	II	II
D	III	I

1.3 SEGMENTO INFRAPOPLÍTEO

Não há classificação TASC para as lesões do segmento infrapoplíteo. A intervenção (endovascular ou cirúrgica) está indicada apenas para salvamento de membro, ou seja, na isquemia crítica.

(Classe I). Está contraindicada a revascularização na claudicação intermitente, mesmo como adjuvante em angioplastia de outro setor.

(Classe III). Evidências recentes recomendam a angioplastia em isquemia crítica na qual existe oclusão de vasos infrapoplíteos e que possui pelo menos um vaso não obstruído em comunicação direta com o pé, independente da extensão da estenose ou da oclusão (Classe I). O stent deve ser usado em situações de falência aguda após angioplastia infrapoplíteia, ou seja, na estenose residual maior que 50% (cinquenta por cento) ou na dissecação com limitação de fluxo (Classe I). Para as demais condições, não há consenso sobre a indicação dos stents para o segmento infrapoplíteo.

2 DOENÇA CÉREBROVASCULAR EXTRACRANIANA DEFINIÇÃO DE PACIENTE SINTOMÁTICO: Paciente com sintomas hemisféricos (ataque isquêmico transitório ou acidente vascular cerebral) ou amaurose fugaz monocular.

HISTÓRIA NATURAL DA DOENÇA SINTOMÁTICA com estenose significativa de artéria carótida interna. Chance de isquemia cerebral em 1 (um) ano é de cerca de 25% (vinte e cinco por cento).

HISTÓRIA NATURAL DA DOENÇA ASSINTOMÁTICA com estenose significativa de artéria carótida interna. Chance de isquemia cerebral em 1 (um) ano é de cerca de 2% (dois por cento) a 3% (três por cento).

RECOMENDAÇÕES PARA ENDARTERECTOMIA CAROTÍDEA:

CLASSE I:

1. Paciente sintomático, com grau de estenose na artéria carótida interna maior que 70% (setenta por cento).

2. Paciente assintomático, com idade menor que 75 (setenta e cinco) anos, do sexo masculino, com grau de estenose na artéria carótida interna maior que 80% (oitenta por cento) em serviço com resultado documentado de morbimortalidade menor que 3% (três por cento).

CLASSE II:

1. Paciente sintomático, com grau de estenose na artéria carótida interna entre 50 (cinquenta) e 69% (sessenta e nove por cento) em serviço com resultado documentado com morbimortalidade menor que 6% (seis por cento).

2. Paciente assintomático, com idade menor que 75 (setenta e cinco) anos, do sexo feminino, com grau de estenose na artéria carótida interna maior que 80% (oitenta) em serviço com resultado documentado de morbimortalidade menor que 3% (três por cento).

CLASSE III:

1. Paciente sintomático, com grau de estenose na artéria carótida interna menor que 50% (cinquenta por cento).

2. Paciente assintomático, com grau de estenose na artéria carótida interna menor que 60% (sessenta por cento).

3. Paciente assintomático, com grau de estenose na artéria carótida interna maior que 60% (sessenta por cento) e idade maior que 75 (setenta e cinco) anos.

RECOMENDAÇÕES PARA CIRURGIA ENDOVASCULAR CAROTÍDEA:

CLASSE I:

1. Paciente sintomático, com grau de estenose na artéria carótida interna maior que 70% (setenta por cento) com alto risco operatório:

a. Cardiopatia clinicamente significativa:

- insuficiência cardíaca congestiva;

- teste de stress alterado;

- isquemia miocárdica ativa (infarto recente, angina).

b. Doença Pulmonar grave.

2. Paciente sintomático, com grau de estenose na artéria carótida interna maior que 70% (setenta por cento) com alto risco anatômico:

a. bifurcação carotídea alta em relação ao ângulo da mandíbula;

b. estenose significativa da artéria carótida comum abaixo da clavícula;

c. oclusão de artéria carótida contralateral;

d. paralisia do nervo laríngeo recorrente contralateral;

e. cirurgia radical prévia ou radioterapia no pescoço;

f. traqueostomia;

g. estenose recorrente pós endarterectomia.

CLASSE II:

1. Sintomáticos com estenose maior que 70% (setenta por cento) e bom risco cirúrgico, com idade menor que 75 (setenta e cinco) anos.

CLASSE III:

1. Pacientes assintomáticos com qualquer grau de estenose carotídea.

Tabela 5: Recomendação para revascularização de carótida

Categoria	Endovascular*	Cirurgia Aberta*
Sintomático com bom-moderado risco cirúrgico/anatômico	II	I
Sintomático com alto risco cirúrgico/anatômico	I	II
Assintomático com bom risco cirúrgico/anatômico	III	II
Assintomático com alto risco cirúrgico/anatômico	III	II

* A morbimortalidade deve ser menor que 6% (seis por cento) para pacientes sintomáticos e menor que 3% (três por cento) para assintomáticos.

4. REFERÊNCIAS:

Brewster DC, Cronenwett JL, Hallett JW Jr, Johnston KW, Krupski WC, Matsumura JS; Joint Council of the American Association for Vascular Surgery and Society for Vascular Surgery. Guidelines for the treatment of abdominal aortic aneurysms. Report of a subcommittee of the Joint Council of the American Association for Vascular Surgery and Society for Vascular Surgery. J Vasc Surg. 2003 May ; 37(5) : 1106 - 17.

Brott TG, Hobson RW 2nd, Howard G, Roubin GS, Clark WM, Brooks W, Mackey A, Hill MD, Leimgruber PP, Sheffet AJ, Howard VJ, Moore WS, Voeks JH, Hopkins LN, Cutlip DE, Cohen DJ, Popma JJ, Ferguson RD, Cohen SN, Blackshear JL, Silver FL, Mohr JP, Lal BK, Meschia JF; CREST Investigators. Stenting versus endarterectomy for treatment of carotid-artery stenosis. N Engl J Med. 2010 Jul 1;363(1):11-23.

Chaikof EL, Brewster DC, Dalman RL, Makaroun MS, Illig KA, Sicard GA, Timaran CH, Upchurch GR Jr, Veith FJ. SVS practice guidelines for the care of patients with an abdominal aortic aneurysm: executive summary. J Vasc Surg. 2009 Oct;50(4):880-96.

Cronenwett JL, Birkmeyer JD, Nackman GB, Fillinger MF, Bech FR, Zwolak RM, Walsh DB. Cost-effectiveness of carotid endarterectomy in asymptomatic patients. J Vasc Surg. 1997 Feb;25(2):298-309

EVAR trial participants. Endovascular aneurysm repair and outcome in patients unfit for open repair of abdominal aortic aneurysm (EVAR trial 2): randomised controlled trial. Lancet. 2005 Jun 25-Jul 1;365(9478):2187-92.

Ferguson GG, Eliasziw M, Barr HW, Clagett GP, Barnes RW, Wallace MC, Taylor DW, Haynes RB, Finan JW, Hachinski VC, Barnett HJ. The North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial : surgical results in 1415 patients. Stroke. 1999 Sep;30(9):1751-8.

Fine-Edelstein JS, Wolf PA, O'Leary DH, Poehlman H, Belanger AJ, Kase CS, D'Agostino RB. Precursors of extracranial carotid atherosclerosis in the Framingham Study. Neurology. 1994 Jun;44(6):1046-50.

Greenhalgh RM, Brown LC, Kwong GP, Powell JT, Thompson SG; EVAR trial participants. Comparison of endovascular aneurysm repair with open repair in patients with abdominal aortic aneurysm (EVAR trial 1), 30-day operative mortality results: randomised controlled trial. Lancet. 2004 Sep 4-10;364(9437):843-8.

Hobson RW 2nd, Mackey WC, Ascher E, Murad MH, Calligaro KD, Comerota AJ, Montori VM, Eskandari MK, Massop DW, Bush RL, Lal BK, Perler BA; Society for Vascular Surgery. Management of atherosclerotic carotid artery disease: clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery. J Vasc Surg. 2008 Aug;48(2):480-6.

Mozes G, Sullivan TM, Torres-Russotto DR, Bower TC, Hoskin TL, Sampaio SM, Gloviczki P, Panneton JM, Noel AA, Cherry KJ Jr. Carotid endarterectomy in SAPHIRE-eligible high-risk patients: implications for selecting patients for carotid angioplasty and stenting. J Vasc Surg. 2004 May;39(5):958-65.

Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA, Nehler MR, Harris KA, Fowkes FG; TASC II Working Group. Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II). J Vasc Surg. 2007 Jan;45 Suppl S:S5-67.

Prinssen M, Verhoeven EL, Buth J, Cuypers PW, van Sambeek MR, Balm R, Buskens E, Grobbee DE, Blankensteijn JD; Dutch Randomized Endovascular Aneurysm Management (DREAM) Trial Group. A randomized trial comparing conventional and endovascular repair of abdominal aortic aneurysms. *N Engl J Med*. 2004 Oct 14;351(16):1607-18.

Sacco RL, Adams R, Albers G, Alberts MJ, Benavente O, Furie K, Goldstein LB, Gorelick P, Halperin J, Harbaugh R, Johnston SC, Katzan I, Kelly-Hayes M, Kenton EJ, Marks M, Schwamm LH, Tomsick T; American Heart Association; American Stroke Association Council on Stroke; Council on Cardiovascular Radiology and Intervention; American Academy of Neurology. Guidelines for prevention of stroke in patients with ischemic stroke or transient ischemic attack: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association Council on Stroke: co-sponsored by the Council on Cardiovascular Radiology and Intervention: the American Academy of Neurology affirms the value of this guideline. *Stroke*. 2006 Feb;37(2):577-617.

The European Carotid Surgery Trialists Collaborative Group: Risk of stroke in the distribution of an asymptomatic carotid artery. *Lancet* 345:209-212, 1995.

United Kingdom EVAR Trial Investigators, Greenhalgh RM, Brown LC, Powell JT, Thompson SG, Epstein D. Endovascular repair of aortic aneurysm in patients physically ineligible for open repair. *N Engl J Med*. 2010 May 20;362(20):1872-80.

ANEXO V

CRITÉRIOS PARA HABILITAÇÃO DE HOSPITAL COMO CENTRO DE REFERÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE CARDIOVASCULAR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

(Origem: Anexo I da PRT SAS/MS 1846/2018)

CAPÍTULO I

DEFINIÇÕES E QUALIFICAÇÃO

Para fins do disposto na Seção I do Capítulo I do Título II, serão adotados os seguintes conceitos:

I - credenciamento de centro de referência em alta complexidade cardiovascular é o ato do respectivo gestor municipal, estadual ou distrital do SUS de contratar hospital cadastrado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) para prestar serviço na área de alta complexidade, de acordo com os critérios estabelecidos na Seção I do Capítulo I do Título II;

II - habilitação como centro de referência em alta complexidade cardiovascular é o ato do gestor federal do SUS que ratifica o credenciamento do gestor municipal, estadual ou distrital do SUS.

Entende-se por centro de referência em alta complexidade cardiovascular um hospital de assistência em alta complexidade cardiovascular que exerça o papel auxiliar de caráter técnico ao respectivo gestor do SUS nas políticas de atenção às doenças cardiovasculares e que possua os seguintes atributos:

Participar de forma articulada e integrada do sistema de saúde local e regional;

Ter estrutura de pesquisa e ensino organizada, com programas e protocolos estabelecidos;

Ter adequada estrutura gerencial, capaz de zelar pela eficiência, eficácia e efetividade das ações prestadas;

Subsidiar as ações dos gestores na regulação, fiscalização, controle e avaliação, incluindo estudos de qualidade e estudos de custo-efetividade;

Participar como polo de desenvolvimento profissional em parceria com o gestor do SUS, tendo como base a Política de Educação Permanente para o SUS, do Ministério da Saúde; e

Oferecer, no mínimo, 4 (quatro) dos serviços definidos no art. 23 da Seção I do Capítulo I do Título II, cumprindo todas as normas previstas no Capítulo I do Título II, bem como o número mínimo de procedimentos por serviço habilitado preconizado na Seção I do Capítulo I do Título II, nos últimos 2 (dois) anos consecutivos.

Caberá, exclusivamente aos hospitais habilitados como centro de referência em alta complexidade cardiovascular, a realização dos procedimentos listados Anexo VI.

A indicação para a realização dos procedimentos listados na Seção I do Capítulo I do Título II deverá estar em conformidade com o que dispõe o Capítulo I do Título II, o Capítulo I do Título II e a Portaria nº 307/SAS/MS, de 29 de março de 2016.

Às secretarias de estado da saúde e às secretarias municipais caberá estabelecer os fluxos assistenciais, dispor sobre os mecanismos de referência e contrarreferência dos pacientes e adotar as providências necessárias para que haja a articulação assistencial.

Os procedimentos de alta complexidade discriminados na Seção I do Capítulo I do Título II deverão ser submetidos à autorização prévia pelo gestor local correspondente, exceto os procedimentos de urgência e emergência.

CAPÍTULO II

NORMAS E CRITÉRIOS PARA HABILITAÇÃO DE CENTRO DE REFERÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE CARDIOVASCULAR

A habilitação do estabelecimento como centro de referência em alta complexidade cardiovascular será concedida aos serviços que atenderem aos seguintes pré-requisitos:

Apresentar pelo menos 4 (quatro) serviços da alta complexidade, sendo compulsória a habilitação com o serviço de laboratório de eletrofisiologia;

Apresentar produção de pelo menos o número mínimo de procedimentos por serviço habilitado preconizado na Seção I do Capítulo I do Título II, nos últimos 2 (dois) anos consecutivos;

Possuir programa de residência médica reconhecido pelo Ministério da Educação em cardiologia ou cirurgia cardiovascular;

Possuir coordenação ou diretoria de ensino e pesquisa com registro dos projetos desenvolvidos na instituição; e

Estar inserido em programas de qualidade e acreditação, em processo ou finalizado.

O processo de habilitação como centro de referência em alta complexidade cardiovascular deverá ser tramitado pela secretaria de estado da saúde em formato físico à Coordenação-Geral de Atenção Especializada, do Departamento de Atenção Especializada e Temática, da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde do Ministério da Saúde (CGAE/DAET/SAES/MS) e deverá ser composto dos seguintes documentos:

Ofício contendo parecer conclusivo do respectivo gestor do SUS e manifestação expressa firmada pelo secretário da saúde em relação ao credenciamento. No caso de processo formalizado por secretaria municipal de saúde, deverá constar, além do parecer do gestor municipal, o parecer do gestor estadual do SUS, que será responsável pela integração do serviço à rede estadual e pela definição dos fluxos de referência e contrarreferência;

Contrato de prestação de serviços entre prestador e gestor ou similar;

Declaração de programa de residência médica reconhecida pelo Ministério da Educação em cardiologia ou cirurgia cardiovascular;

Declaração apontando que a instituição possui coordenação ou diretoria de ensino e pesquisa com registro dos projetos desenvolvidos na instituição;

Declaração de participação em programas de qualidade e acreditação, em processo ou finalizado;

Manifestação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) aprovando o credenciamento do estabelecimento, bem como a informação da existência de teto financeiro para o custeio da mesma;

Preenchimento, pelo gestor local, do formulário de vistoria, conforme modelo constante no Anexo VII dos serviços já estabelecidos, demonstrando que o estabelecimento está em pleno funcionamento;

Demonstrativo de produção dos serviços já estabelecidos, de forma a atestar pelo menos o cumprimento do número mínimo de procedimentos preconizado por serviço habilitado.

A habilitação como centro de referência em alta complexidade cardiovascular não incorrerá em aportes financeiros adicionais ao limite financeiro de média e alta complexidade.

Preferencialmente, deverão ser habilitados como centro de referência em alta complexidade cardiovascular os hospitais públicos, privados filantrópicos e privados lucrativos, nesta ordem, que se enquadrem no previsto na Seção I do Capítulo I do Título II.

CAPÍTULO III

MONITORAMENTO

O desempenho dos centros de referência em alta complexidade cardiovascular será avaliado anualmente pelo Ministério da Saúde levando-se em consideração o cumprimento do número mínimo de procedimentos preconizados na Seção I do Capítulo I do Título II. Caso o número de procedimentos seja inferior aos parâmetros estabelecidos, o gestor local será notificado para análise quanto à necessidade de manutenção da habilitação.

O gestor federal poderá realizar vistoria in loco para avaliar o cumprimento dos critérios de habilitação a qualquer tempo, devendo o relatório circunstanciado da visita ser encaminhado ao hospital e autoridade da sua esfera de gestão.

Os hospitais que não mantiverem o cumprimento do disposto na Seção I do Capítulo I do Título II poderão ser desabilitados pelo Ministério da Saúde.

ANEXO VI

NORMAS DE CLASSIFICAÇÃO E HABILITAÇÃO DE UNIDADES DE ASSISTÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE CARDIOVASCULAR

(Origem: Anexo 1 da PRT SAS/MS 210/2004)

1 NORMAS GERAIS DE CREDENCIAMENTO

1.1 Planejamento/Distribuição das Unidades

1.1.1 As secretarias de estado da saúde deverão estabelecer um planejamento regional hierarquizado para formar uma rede estadual e/ou regional de assistência cardiovascular, composta por unidades de assistência em alta complexidade cardiovascular e centros de referência em alta complexidade cardiovascular, que seja responsável pela assistência aos portadores de doenças do sistema cardiovascular que necessitem ser submetidos aos procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS habilitados em cada serviço ou especialidade cardiovascular e classificados como de alta complexidade;

1.1.2 A Coordenação-Geral de Atenção Especializada do Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET/SAES/MS) definirá a população de abrangência de cada serviço de assistência de alta complexidade.

1.2 Processo de Credenciamento

Entende-se por credenciamento para unidade de assistência em alta complexidade cardiovascular a autorização obtida pela unidade hospitalar para realizar os procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS habilitados em cada serviço ou especialidade cardiovascular e definidos como de alta complexidade, conforme o Art. 23, parágrafo único. As exigências relativas aos serviços estão contidas a seguir:

1.2.1 O credenciamento de qualquer para unidade de assistência em alta complexidade cardiovascular deverá ser precedido de consulta ao gestor do SUS sobre a necessidade e a possibilidade de credenciamento do mesmo, devendo estar compatível com o Plano Diretor de Regionalização (PDR) do estado.

1.2.2 Uma vez concluída a fase de planejamento/distribuição de unidades de assistência em alta complexidade cardiovascular, conforme estabelecido no item 1.1 supra, confirmada a necessidade do credenciamento e conduzido o processo de seleção pelo gestor do SUS, o processo de credenciamento deverá ser formalizado pela secretaria de estado da saúde ou pela secretaria municipal de saúde.

1.2.3 O processo de credenciamento deverá ser instruído com:

a) preenchimento, pelo gestor local, do Formulário de Vistoria, conforme modelo constante no Anexo VII;

b) documentação comprobatória do cumprimento das exigências estabelecidas por este anexo;

c) relatório de vistoria: a vistoria deverá ser realizada in loco pela Vigilância Sanitária, que avaliará as condições de funcionamento da unidade para fins de credenciamento: área física, recursos humanos, responsabilidade técnica e demais exigências estabelecidas na Seção I do Capítulo I do Título II;

d) parecer conclusivo do gestor: manifestação expressa, firmada pelo secretário da saúde, em relação ao credenciamento. No caso de processo formalizado por secretaria municipal de saúde, deverá constar, além do parecer do gestor municipal, o parecer do gestor estadual do SUS, que será responsável pela integração do serviço à rede estadual e a definição dos fluxos de referência e contrarreferência;

e) manifestação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) aprovando o credenciamento da unidade, bem como a informação da existência de teto financeiro para o custeio da mesma;

f) termo de compromisso relativo ao número de consultas ambulatoriais ofertadas à Rede SUS para cada serviço credenciado como de alta complexidade e o seu potencial cirúrgico, a ser anexado ao formulário de vistoria (conforme modelo constante no Anexo VII), preenchido pelo gestor local;

1.2.4 A aprovação do credenciamento estará vinculada à vistoria in loco, que será realizada pelo Ministério da Saúde em conjunto com o Instituto Nacional de Cardiologia (INC), unidade própria do Ministério da Saúde, e um representante do gestor local. As sociedades científicas são os órgãos civis de apoio técnico na execução dessas ações, quando solicitadas pela Coordenação-Geral de Atenção Especializada (DAET/SAES/MS).

1.3 Registro das informações do paciente

A unidade deve possuir um prontuário único para cada paciente, que inclua todos os tipos de atendimento a ele referente (ambulatorial, internação, pronto-atendimento, emergência), contendo as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento. Os prontuários deverão estar devidamente ordenados no serviço de arquivo médico. Informações indispensáveis e mínimas do prontuário:

a) identificação do paciente;

b) histórico clínico;

c) avaliação inicial, de acordo com o protocolo estabelecido;

d) indicação do procedimento cirúrgico;

e) descrição do ato cirúrgico ou procedimento, em ficha específica, contendo: identificação da equipe e a descrição cirúrgica, incluindo os materiais usados e seus respectivos registros nacionais, para controle e rastreamento dos implantes;

f) descrição da evolução;

g) condições ou sumário da alta hospitalar;

h) ficha de registro de infecção hospitalar;

i) evolução ambulatorial.

1.4 Estrutura Assistencial

As unidades de assistência em alta complexidade cardiovascular deverão oferecer assistência especializada e integral aos pacientes com doenças do sistema cardiovascular, atuando nas modalidades assistenciais descritas abaixo, conforme as diretrizes do gestor estadual e/ou municipal, que constitui exigência para o credenciamento.

a) Adesão aos critérios da Política Nacional de Humanização, do Ministério da Saúde;

b) Ações de promoção e prevenção de doenças do sistema cardiovascular. As unidades devem desenvolver ações de promoção e prevenção das doenças do sistema cardiovascular e participar de ações de detecção precoce destas doenças. As atividades devem ser desenvolvidas de maneira articulada com os programas e normas definidas pelo Ministério da Saúde, secretarias estaduais ou municipais de saúde;

c) Diagnóstico e tratamento destinado ao atendimento de pacientes portadores de doença do sistema cardiovascular, compondo a rede de assistência aos pacientes portadores de doenças cardiovasculares, incluindo:

- atendimento de urgência/emergência referida em cardiologia que funcione nas 24 (vinte e quatro) horas, mediante termo de compromisso firmado com o gestor;
- atendimento ambulatorial de cardiologia clínica conforme o estabelecido na rede de atenção pelo gestor público, mediante termo de compromisso firmado entre as partes, onde deverá constar a quantidade de consultas a serem ofertadas, com um número total mínimo de 267 (duzentas e sessenta e sete) consultas/mês, para cada 180 (cento e oitenta) cirurgias cardiovasculares/ano;
- atendimento ambulatorial de cardiologia clínica pediátrica conforme o estabelecido na rede de atenção pelo gestor público, mediante termo de compromisso firmado entre as partes, onde deverá constar a quantidade de consultas a serem ofertadas, com um número total mínimo de 179 (cento e setenta e nove) consultas/mês, para cada 120 (cento e vinte) cirurgias cardiovasculares/ano;
- atendimento ambulatorial de angiologia e cirurgia vascular conforme o estabelecido na rede de atenção pelo gestor público, mediante termo de compromisso firmado entre as partes, onde deverá constar a quantidade de consultas a serem ofertadas, com um número total mínimo de 100 (cem) consultas/mês, para cada 180 (cento e oitenta) cirurgias vasculares/ano;
- exames de diagnose e terapia em cardiologia e vascular (disponíveis para a Rede), conforme abaixo:

Cardiologia	
Ergometria	No mínimo 80 exames /180 cirurgias
Holter	No mínimo 30 exames /180 cirurgias
Ecocardiograma	No mínimo 130 exames /180 cirurgias

Vascular	
Ultrassonografia com doppler colorido de três vasos	No mínimo 80 exames /180 cirurgias

- internação hospitalar com leitos exclusivos ou de reserva programada, com salas de cirurgia exclusivas ou turnos cirúrgicos destinados às cirurgias eletivas;
- disponibilidade de salas para absorver as intercorrências cirúrgicas do pós-operatório;
- leitos clínicos cardiovascular, mediante termo de compromisso firmado com o gestor;
- a enfermaria para o atendimento em assistência cardiovascular de alta complexidade deve contar, por turno, com 1 (um) enfermeiro, para cada 18 (dezoito) leitos, e 1 (um) auxiliar de enfermagem (AE), ou técnico em enfermagem (TE) para cada 5 (cinco) leitos;
- a enfermaria pediátrica para o atendimento em Assistência Cardiovascular de Alta Complexidade deve contar, por turno, com 1 (um) enfermeiro, para cada 15 (quinze) leitos, e 1 (um) auxiliar de enfermagem (AE), ou técnico em enfermagem (TE) para cada 4 (quatro) leitos;

Obs. 1: as ações definidas no item "c" deverão estar sob o controle do gestor correspondente.

Obs. 2: é prerrogativa do gestor a contratação ou não do quantitativo mínimo das consultas de cardiologia clínica, cardiologia clínica pediátrica e angiologia e cirurgia vascular, assim como os exames de diagnose e terapia em cardiologia e vascular (ofertados obrigatoriamente e disponíveis para a Rede).

d) Reabilitação, suporte e acompanhamento por meio de procedimentos específicos que promovam a melhoria das condições físicas e psicológicas do paciente atuando no preparo pré-operatório ou como complemento pós-cirúrgico no sentido da restituição da capacidade funcional.

- 1.5 Instalações Físicas
- As áreas físicas da unidade deverão possuir alvará de funcionamento e se enquadrar nos critérios e normas estabelecidos pela legislação em vigor ou outros ditames legais que as venham substituir ou complementar.
- 1.6 Referência de pacientes e intercâmbio técnico científico

Os hospitais devem integrar o sistema de referência e contrarreferência hierarquizado pelas secretarias de saúde, e participar dos programas de intercâmbio técnico científicos.

1.7 Manutenção do credenciamento

A manutenção do credenciamento estará condicionada:

a) ao cumprimento continuado, pela unidade, das normas estabelecidas na Seção I do Capítulo I do Título II;

b) à avaliação por meio da realização de auditorias periódicas ou recomendadas pela SAES, executadas pela secretaria de saúde sob cuja gestão esteja a unidade. Os relatórios gerados, incluindo avaliações anuais, qualitativas e quantitativas dos serviços produzidos, deverão ser encaminhados à Coordenação-Geral de Atenção Especializada do Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET/SAES/MS) para análise;

c) A Secretaria de Atenção Especializada à Saúde/MS, por meio da Coordenação-Geral de Atenção Especializada, determinará o descredenciamento ou a manutenção do credenciamento, amparado no cumprimento das normas estabelecidas nesta portaria, nos relatórios periódicos de avaliação e na produção anual.

2 NORMAS ESPECÍFICAS PARA CREDENCIAMENTO EM SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM CIRURGIA CARDIOVASCULAR

A unidade deve dispor de estrutura física e funcional, além de uma equipe assistencial devidamente qualificada e capacitada, para a prestação de assistência aos portadores de doenças cardiovasculares em pacientes com idade a partir de 12 (doze) anos.

A unidade de assistência de alta complexidade deve, como pré-requisito para o seu credenciamento em serviço de assistência de alta complexidade em cirurgia cardiovascular, ser credenciada também em serviço de assistência de alta complexidade em procedimentos de cardiologia intervencionista.

2.1 Recursos Humanos

a) O serviço de assistência de alta complexidade em cirurgia cardiovascular deve contar com um responsável técnico, médico com título de especialista em cirurgia cardiovascular, reconhecido pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular, ou com certificado de residência médica na especialidade, emitido por programa de residência médica reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC);

b) O médico responsável técnico por um serviço poderá atuar como profissional em um outro serviço credenciado pelo SUS, no mesmo estado ou em outro, mas somente poderá assumir a responsabilidade técnica por um único serviço credenciado pelo Sistema Único de Saúde, devendo residir no mesmo município ou em cidades circunvizinhas;

c) As equipes da especialidade de cirurgia cardiovascular devem contar com, pelo menos, mais um médico com título de especialista em cirurgia cardiovascular, reconhecido pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular, ou com certificado de residência médica na especialidade, emitido por programa de residência médica reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC). Deverá contar com quantitativo suficiente para o atendimento de enfermagem, intercorrências clínicas e cirúrgicas do pós-operatório e ambulatório semanal;

d) O serviço de assistência de alta complexidade em cirurgia cardiovascular deve contar com um responsável técnico em implante de marca-passos, médico habilitado pelo Departamento de Estimulação Cardíaca Artificial (DECA), da SBCCV, ou com título de especialista em cirurgia cardiovascular reconhecido pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular ou ainda com certificado de residência médica em cirurgia cardiovascular emitido por programa de residência médica reconhecido pelo MEC. Esse responsável técnico poderá ser o mesmo da cirurgia cardiovascular, desde que atenda às exigências;

e) O serviço de assistência de alta complexidade em cirurgia cardiovascular deverá contar ainda com um quantitativo suficiente para o atendimento de enfermagem, intercorrências clínicas e cirúrgicas do pós-operatório e ambulatório para acompanhamento dos pacientes portadores de marca-passos implantados;

f) Quantitativos de enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem necessários para o atendimento para o serviço pós-operatório de cirurgia cardiovascular:

Serviços de Assistência de Alta Complexidade	Número de Enfermeiros por turno (incluído o enfermeiro coordenador)	Número de Auxiliares de enfermagem (AE) ou técnicos em enfermagem (TE) por turno
Pós-operatório de cirurgia cardiovascular	1 para cada 3 leitos	1 para cada 2 leitos

2.2 Exigências para a Unidade

2.2.1 Equipe de Saúde Básica

a) Cardiologia clínica: médicos com título de especialista em cardiologia reconhecido pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, ou com certificado de residência médica em cardiologia, emitido por programa de residência médica reconhecido pelo MEC, para atendimento diário e em regime de plantão. Deve contar com um responsável técnico para a cardiologia clínica, médico com a titulação descrita acima;

b) Anestesiologia: médicos com certificado de residência médica reconhecido pelo MEC em anestesia, ou título de especialista em anestesiologia pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia;

c) Medicina intensiva em pós-operatório de cirurgia cardíaca: médicos com título de especialista em medicina intensiva reconhecido pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira, ou certificado de residência médica em medicina intensiva, emitido por Programa de residência médica reconhecido pelo MEC ou médicos com título de especialista em cardiologia, reconhecido pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, ou com certificado de residência médica em cardiologia, emitido por programa de residência médica reconhecido pelo MEC, para atendimento diário, em regime de plantão, desde que sejam mantidos os percentuais de médicos intensivistas recomendados pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira, conforme Anexo III, Livro II, Título X, da Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017.

d) Enfermagem: a equipe deve contar com um enfermeiro coordenador, com especialização em cardiologia reconhecido pelo MEC ou com certificado de residência em cardiologia, reconhecido pelo MEC ou com título de especialista em enfermagem cardiovascular, reconhecido pela Sociedade Brasileira de Enfermagem Cardiovascular (SOBENC), e ainda com enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem em quantitativo suficiente para o atendimento de enfermaria a saber: 1 (um) enfermeiro, para cada 14 (quatorze) leitos reservados para atendimento em alta complexidade, por turno (incluído o enfermeiro coordenador). 1 (um) auxiliar de enfermagem (AE) ou técnico em enfermagem (TE) para cada 8 (oito) leitos reservados para atendimento em alta complexidade em cirurgia cardiovascular por turno. A proporção mínima de AE/TE recomendada é de 2/1;

Obs.: O serviço que não possuir um enfermeiro coordenador, conforme exigências do item "d", terá o prazo de 3 (três) anos para se adequar.

2.2.2 Equipe de saúde complementar (apoio multidisciplinar): a unidade deverá contar, em caráter permanente ou alcançável, com: cirurgião geral, cirurgião vascular, clínico geral, neurologista, pneumologista, endocrinologista e nefrologista, residentes no mesmo município ou cidades circunvizinhas. Deverá ter como serviços, próprios ou contratados, na mesma área física, os serviços de suporte e profissionais nas seguintes áreas:

- a) saúde mental ou psicologia clínica;
- b) assistência social;
- c) fisioterapia;
- d) nutricionista;
- e) farmácia;
- f) hemoterapia.

2.3 Materiais e equipamentos

A unidade deverá dispor de todos os materiais e equipamentos necessários, em perfeito estado de conservação e funcionamento, para assegurar a qualidade da assistência aos pacientes, que possibilitem o diagnóstico, tratamento e acompanhamento médico, de enfermagem, fisioterápico,

nutricional e dietético. O hospital deverá destinar quantitativo de leitos específicos para os pacientes de média e alta complexidade cardiovascular, internações clínicas e cirurgia cardiovascular. O serviço de cirurgia cardiovascular deve contar com centro cirúrgico equipado com 1 (uma) sala para emergência e, no mínimo, 1 (uma) sala eletiva com:

- capnógrafo;
- desfibrilador com pás externas e internas;
- marca-passo externo provisório;
- oxímetro de pulso;
- monitor de transporte;
- monitor de pressão não invasiva;
- monitor de pressão invasiva com, no mínimo, 2 (dois) canais;
- 1 (uma) bomba extracorpórea por sala;
- aquecedor de sangue;
- respirador a volume, com misturador tipo blender microprocessado;
- aparelho para controle de coagulação por TCA;
- 4 (quatro) bombas de infusão, no mínimo;
- 2 (dois) termômetros termoeletrônicos. A área implante de marca-passo cardíaco permanente

deve possuir, além do estabelecido neste item, os seguintes equipamentos e materiais:

- equipamento de fluoroscopia em arco móvel na sala cirúrgica, fixo em sala de hemodinâmica ou aparelho de radiologia de radioscopia;
- material de emergência, para reanimação cardiorrespiratória;
- programadores adequados para a prótese utilizada;
- intervalômetro;
- ímã;
- eletrocardiógrafo de 12 (doze) derivações, independente do número de derivações simultâneas ou acoplamento a microcomputador.

2.4 Recursos Diagnósticos e Terapêuticos

a) Laboratório de análises clínicas que realize exames na unidade, disponíveis nas 24 (vinte e quatro) horas do dia: bioquímica, hematologia, microbiologia, gasometria, líquidos orgânicos e uroanálise. O laboratório deverá participar de programa de controle de qualidade;

b) Unidade de imagenologia: equipamento de radiologia convencional de 500mA fixo, equipamento de radiologia portátil, ecodopplercardiografia transtorácica, ecodopplercardiografia transesofágica. A unidade de imagenologia deverá participar de programa de controle de qualidade;

c) Eletrocardiografia;

d) Ergometria;

e) Holter;

f) Unidade de medicina nuclear: cintilografia de perfusão miocárdica;

g) Unidade de cardiologia intervencionista no ambiente do hospital;

h) Hemoterapia disponível nas 24 (vinte e quatro) horas do dia, por agência transfusional (AT) ou estrutura de complexidade maior dentro do que rege a RDC Anvisa nº 151, de 21 de agosto de 2001, publicada no Diário Oficial da União de 22 de agosto de 2001, e ter convênio ou contrato devidamente formalizado de acordo com a mesma resolução.

Obs.1: Os exames de ressonância magnética, cintilografia de perfusão miocárdica e tomografia computadorizada poderão ser realizados em serviços de terceiros, instalados dentro ou fora da estrutura ambulatório-hospitalar do hospital. Neste caso, a referência deve ser devidamente formalizada de acordo

com o que estabelece a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde.

Obs.2: O serviço de cirurgia cardiovascular que não possuir tomografia computadorizada, terá o prazo de 1 (um ano) para instalá-lo.

O serviço de cirurgia cardiovascular que não possuir ecodopplercardiografia transesofágica, terá o prazo de 6 (seis) meses para instalá-la.

O serviço de cirurgia cardiovascular deverá fazer referência a um centro de referência que possua laboratório de eletrofisiologia, para a realização de procedimentos eletrofisiológicos.

i) Unidade de tratamento intensivo adulto e/ou especializada credenciada pelo SUS e classificada como de Tipo II ou III para o serviço de cirurgia cardiovascular, de acordo com o Anexo III, Livro II, Título X, da Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, contando ainda com os itens específicos da medicina intensiva pós-operatória de cirurgia cardiovascular, conforme descrito a seguir.

Equipamentos na unidade do paciente (box ou leito) em pós-operatório de cirurgia cardiovascular:

- cama fowler com grades laterais e rodízios;
- monitor multiparamétrico contendo - 1 (um) módulo ECG, com monitorização (opcional) do seguimento ST; 1 (um) módulo de pressão invasiva (em 50% dos leitos); 1 (um) módulo de oximetria de pulso;
- sistema bolsa-válvula-máscara (com reservatório de oxigênio) - 1 (um) por leito;
- estetoscópio - 1 (um) por leito;
- bombas de infusão - 4 (quatro) por leito;
- painel de gases;
- foco auxiliar.

Equipamentos na Unidade de Terapia Intensiva para Pós-operatório de cirurgia cardiovascular:

- carro de emergência com desfibrilador/cardioversor bifásico, dotado de marca-passo transcutâneo, material para intubação, medicação e material para atendimento de emergência - 1 (um) para cada 10 (dez) leitos;

- 1 (um) módulo de débito cardíaco para a unidade;
- eletrocardiógrafo portátil;
- gerador de marca-passo externo uni ou bicameral - 1 (um) para cada 5 (cinco) leitos;
- respirador mecânico microprocessado - em 70% (setenta por cento) dos leitos;
- equipamentos para ventilação mecânica não invasiva - 1 (um) para cada 10 (dez) leitos;
- conjunto de CPAP nasal - 1 (um) para cada 4 (quatro) leitos;
- manovacuômetro - 1 (um) por UTI;
- medidor de Cuff - 1 (um) por UTI;
- aparelho de radiologia móvel - 1 (um) por hospital;
- equipamento para hemodiálise contínua - 1 (um) por UTI;
- estufa para aquecimento de soluções - 1 (um) para cada 15 (quinze) leitos;
- balança até 150 kg (cento e cinquenta quilos) - 1 (um) por unidade;
- oftalmoscópio - 1 (um) por UTI;
- otoscópio - 1 (um) por UTI;
- aspirador portátil - 1 (um) para cada 10 (dez) leitos;
- foco portátil cirúrgico - 1 (um) por UTI;
- esfigmomanômetro - 1 (um) para cada 5 (cinco) leitos;
- negatoscópio - em quantidade adaptável à unidade;

- maca de transporte com cilindro de O2 - 1 (um) para cada 15 (quinze) leitos;
- monitor de transporte - 1 (um) para cada 10 (dez) leitos;
- ventilador mecânico para transporte - 1 (um) para cada 10 (dez) leitos;
- cilindro de O2 para transporte 1 (um) para cada 8 (oito) leitos;
- cadeiras de rodas.

2.5 Rotinas e Normas de Funcionamento e Atendimento

A unidade deve possuir rotinas e normas, escritas, atualizadas anualmente e assinadas pelo responsável técnico pela unidade. As rotinas e normas devem abordar todos os processos envolvidos na assistência e administração e contemplar os seguintes itens:

- a) manutenção preventiva e corretiva de materiais e equipamentos;
- b) avaliação dos pacientes;
- c) indicação do procedimento cirúrgico;
- d) protocolos médico-cirúrgicos;
- e) protocolos de perfusão;
- f) protocolos de enfermagem;
- g) suporte nutricional;
- h) acompanhamento em fisioterapia e reabilitação funcional;
- i) controle de infecção hospitalar;
- j) acompanhamento ambulatorial dos pacientes;
- k) acompanhamento ambulatorial e registro único dos seus pacientes portadores de marca-passos;
- l) tecnovigilância nas complicações de implantes valvares que envolva a remoção da prótese;
- m) avaliação de satisfação do cliente; e
- n) escala dos profissionais em sobreaviso, das referências interinstitucional e dos serviços terceirizados.

2.6 Produção do serviço

Os serviços de assistência de alta complexidade em cirurgia cardiovascular devem realizar, em média, 15 (quinze) atos operatórios mensais ou, no mínimo, 180 (cento e oitenta) anuais de alta complexidade, conforme relação de procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS habilitados para a assistência de alta complexidade em cirurgia cardiovascular, em pacientes do Sistema Único de Saúde.

No cálculo desta produção não serão computados os implantes ou trocas de marca-passos.

A avaliação do volume de prestação de serviços será realizada anualmente. A unidade ou o serviço que não alcançar o mínimo de procedimentos cirúrgicos nos últimos 12 (doze) meses será auditado no sentido da continuidade ou não do credenciamento.

Obs.: A unidade de assistência de alta complexidade cardiovascular que possui serviço de cirurgia cardiovascular e serviço de cirurgia cardiovascular pediátrica deve solicitar os dois credenciamentos, separadamente, devendo realizar, em média, 20 (vinte) atos operatórios mensais ou, no mínimo, 240 (duzentos e quarenta) anuais de alta complexidade, conforme relação de procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS habilitados para a assistência de alta complexidade em cirurgia cardiovascular e assistência de alta complexidade em cirurgia cardiovascular pediátrica, em pacientes do Sistema Único de Saúde. No cálculo desta produção não serão computados os implantes ou trocas de marca-passos. O responsável técnico pelos dois serviços poderá ser o mesmo, desde que atenda às exigências.

3 NORMAS ESPECÍFICAS PARA CREDENCIAMENTO EM SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM CIRURGIA CARDIOVASCULAR PEDIÁTRICA

A unidade deve dispor de estrutura física e funcional além de uma equipe assistencial devidamente qualificada e capacitada para a prestação de assistência aos portadores de doenças cardiovasculares, em pacientes com idade até 18 (dezoito) anos. A unidade de assistência de alta complexidade tem como pré-requisito para o seu credenciamento em serviço de assistência de alta complexidade em cirurgia cardiovascular pediátrica ser credenciado ou ter como referência um serviço de assistência de alta complexidade em procedimentos da cardiologia intervencionista. Neste caso, a referência deve ser devidamente formalizada de acordo com o que estabelece a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde.

3.1 Recursos Humanos

- a) O serviço de assistência de alta complexidade em cirurgia cardiovascular pediátrica deve contar com um responsável técnico, médico com título de especialista em cirurgia cardiovascular, reconhecido pela Sociedade Brasileira de cirurgia cardiovascular, ou com certificado de residência médica na especialidade, emitido por Programa de residência médica reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC). É recomendável a formação em cirurgia cardiovascular pediátrica;
- b) O médico responsável técnico por um serviço poderá atuar como profissional em um outro serviço credenciado pelo SUS, no mesmo estado ou em outro, mas somente poderá assumir a responsabilidade técnica por um único serviço credenciado pelo Sistema Único de Saúde, devendo residir no mesmo município ou em cidades circunvizinhas;
- c) A equipe da especialidade de cirurgia cardiovascular pediátrica deve contar com, pelo menos, mais um médico com título de especialista em cirurgia cardiovascular, reconhecido pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular, ou com certificado de residência médica na especialidade, emitido por programa de residência médica reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC);
- d) O serviço de assistência de alta complexidade em cirurgia cardiovascular pediátrica deverá contar ainda com um quantitativo suficiente de profissionais para o atendimento ambulatorial, de enfermaria, nas intercorrências clínicas e cirúrgicas do pós-operatório;
- e) Quantitativos de enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem necessários para o atendimento de serviço pós-operatório de cirurgia cardiovascular pediátrica:

Serviços de Assistência de Alta Complexidade	Número de enfermeiros por turno (incluído o enfermeiro coordenador)	Número de auxiliares de enfermagem (AE) ou técnicos em enfermagem (TE) por turno
Pós-operatório de cirurgia cardiovascular pediátrica	1 (um) para cada 3 (três) leitos	1 (um) para cada 2 (dois) leitos

3.2 Exigências para a Unidade

3.2.1 Equipe de Saúde Básica

- a) Cardiologia clínica pediátrica: médicos, com título de especialista em cardiologia e área de atuação em cardiologia clínica pediátrica, reconhecido pelo Departamento de Cardiologia Pediátrica, da Sociedade Brasileira de Cardiologia e/ou estágio em cardiologia pediátrica, por no mínimo 2 (dois) anos, em centro reconhecido pelo Departamento de Cardiologia Pediátrica, da Sociedade Brasileira de Cardiologia, para atendimento diário e em regime de plantão. Deve contar com um responsável técnico para a cardiologia clínica pediátrica, médico com a titulação descrita acima.
- b) Anestesiologia: médicos com certificado de residência médica e/ou título de especialista em anestesiologia pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia.
- c) Pediatra: médico com título de especialista em pediatria reconhecido pela Sociedade Brasileira de Pediatria ou certificado de residência em pediatria emitido por programa de residência médica reconhecido pelo MEC, para atendimento diário.
- d) Medicina intensiva em pós-operatório de cirurgia cardiovascular pediátrica: médicos com título de especialista em medicina intensiva, com certificado em área de pediatria e/ou neonatologia, reconhecido pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira, ou certificado de residência médica em medicina intensiva, emitido por programa de residência médica, reconhecido pelo MEC, ou médicos com título de especialista em cardiologia, reconhecido pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, com área de

atuação em cardiopediatria, para atendimento diário, em regime de plantão, desde que sejam mantidos os percentuais de médicos intensivistas, recomendado pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira, conforme Anexo III, Livro II, Título X, da Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017.

e) Enfermagem: a equipe deve contar com um enfermeiro coordenador, com especialização em Cardiologia reconhecido pelo MEC, ou com certificado de residência em cardiologia reconhecido pelo MEC, ou com título de especialista em enfermagem cardiovascular, reconhecido pela Sociedade Brasileira de Enfermagem Cardiovascular (SOBENC), e ainda com enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem em quantitativo suficiente para o atendimento de enfermagem a saber:

1 (um) enfermeiro para cada 8 (oito) leitos reservados para atendimento em alta complexidade, por turno (incluído o enfermeiro coordenador).

1 (um) auxiliar de enfermagem (AE) ou técnico em enfermagem (TE) para cada 8 (oito) leitos reservados para atendimento em alta complexidade em cirurgia cardiovascular pediátrica, por turno. A proporção mínima de AE/TE recomendada é de 2/1.

Obs.: O serviço que não possuir um enfermeiro coordenador, conforme exigências do item "d", terá o prazo de 3 (três) anos para se adequar.

3.2.2 Equipe de Saúde Complementar (apoio multidisciplinar)

A unidade deverá contar, em caráter permanente ou alcançável, com: cirurgião pediátrico, neurologista, pneumologista, endocrinologista e nefrologista, residentes no mesmo município ou cidades circunvizinhas.

Deverá ter, como serviços próprios ou contratados, na mesma área física, os serviços de suporte e profissionais nas seguintes áreas:

- a) saúde mental ou psicologia clínica;
- b) assistência social;
- c) fisioterapia;
- d) nutricionista;
- e) farmácia;
- f) hemoterapia;
- g) terapia ocupacional.

3.3 Materiais e Equipamentos

A unidade deverá dispor de todos os materiais e equipamentos necessários, em perfeito estado de conservação e funcionamento, para assegurar a qualidade da assistência aos pacientes, que possibilitem o diagnóstico, tratamento e acompanhamento médico, de enfermagem, fisioterápico, nutricional e dietético. O hospital deverá destinar quantitativo de leitos específicos para os pacientes de média e alta complexidade cardiovascular, internações clínicas e cirurgia cardiovascular.

O serviço de cirurgia cardiovascular pediátrica deve contar com centro cirúrgico, equipado com 1 (uma) sala eletiva com:

- colchão térmico;
- instrumental cirúrgico pediátrico;
- mesa cirúrgica;
- desfibrilador com pás externas e internas;
- marca-passo temporário;
- oxímetro de pulso;
- 2 (dois) termômetros termoeletrônicos;
- 4 (quatro) bombas de infusão, sendo no mínimo 2 (duas) bombas de seringa;
- controle de coagulação (TCA);

- 1 (uma) bomba extracorpórea por sala;
- capnógrafo;
- monitor de transporte;
- monitor de pressão não invasiva, com conjunto de manguitos para as diferentes faixas etárias;
- monitor de pressão invasiva com, no mínimo, 2 (dois) canais;
- aquecedor de sangue;
- respirador com misturador tipo blender microprocessado.

3.4 Recursos Diagnósticos e Terapêuticos

a) Laboratório de análises clínicas que realize exames na unidade, disponíveis nas 24 (vinte e quatro) horas do dia: bioquímica; hematologia, microbiologia, gasometria, líquidos orgânicos e uroanálise. O laboratório deverá participar de programa de controle de qualidade;

b) Unidade de imagenologia: equipamento de radiologia convencional de 500mA fixo, e equipamento de radiologia portátil, doppler periférico portátil, ecodopplercardiografia transtorácica, ecodopplercardiografia transesofágica, ultrassonografia com doppler.

A unidade de Imagenologia deverá participar de programa de controle de qualidade.

c) Eletrocardiografia;

d) Holter;

e) Ergometria;

f) Unidade de cardiologia intervencionista;

g) Unidade de implante de marca-passo (instalado em serviço de assistência de alta complexidade em cirurgia cardiovascular);

h) Eletrofisiologia;

i) Hemoterapia disponível nas 24 (vinte e quatro) horas do dia, por agência transfusional (AT) ou estrutura de complexidade maior dentro do que rege a RDC Anvisa nº 151, de 21 de agosto de 2001, publicada no Diário Oficial da União, de 22 de agosto de 2001, e ter convênio ou contrato devidamente formalizado de acordo com a mesma resolução;

Obs. Os exames de cardiologia intervencionista, implante de marca-passo, eletrofisiologia, holter, ergometria, ressonância magnética, tomografia computadorizada e ecodopplercardiografia transesofágica poderão ser realizados em serviços de terceiros, instalados dentro ou fora da estrutura ambulatorio-hospitalar do hospital. Neste caso, a referência deve ser devidamente formalizada de acordo com o que estabelece a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde.

j) Unidades de tratamento intensivo pediátrica e neonatal e/ou especializada credenciadas pelo SUS e classificadas como de Tipo II ou III para o serviço de cirurgia cardiovascular pediátrica, de acordo com o Anexo III, Livro II, Título X, da Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, contando ainda com os itens específicos da medicina intensiva pós-operatória de cirurgia cardiovascular pediátrica, conforme descrito a seguir.

Equipamentos da unidade do paciente pediátrico e/ou neonatal (box ou leito) em pós-operatório de cirurgia cardiovascular pediátrica:

- berço Fowler com grades e rodízios - 50% (cinquenta por cento) dos leitos;
- monitor multiparamétrico (um por leito) contendo: 1 (um) módulo ECG, 1 módulo com dois canais de pressão invasiva (em 50% (cinquenta por cento) dos leitos), 1 módulo de oximetria de pulso, 1 (um) módulo de pressão não invasiva;
- PNI (em 50% (cinquenta por cento) dos leitos);
- sistema bolsa-válvula-máscara (ambú) - 1 (um) por leito;
- bombas de Infusão pediátrica - 4 (quatro) para cada leito;
- estetoscópio - 1 (um) por leito;

- painel de gases;
- foco auxiliar l;
- tecnovigilância nas complicações de implantes valvares que envolva a remoção da prótese.

Equipamentos na unidade de medicina intensiva para pós-operatório de cirurgia cardiovascular pediátrica:

- carro de emergência com desfibrilador/cardioversor bifásico, 1 (um) para cada 10 (dez) leitos;
- balança até 150kg (cento e cinquenta quilos);
- berço aquecido para neonatos - 40% (quarenta por cento) dos leitos;
- incubadora com parede dupla - 1 (um) para cada 6 (seis) leitos neonatal;
- equipamento de fototerapia - 1 (um) para cada 6 (seis) leitos;
- oftalmoscópio - 1 (um) por UTI;
- otoscópio - 1 (um) por UTI;
- aspirador portátil - 1 (um) para cada 20 (vinte) leitos;
- foco portátil cirúrgico - 1 (um) por UTI;
- esfigmomanômetro - 1 (um) para cada 5 (cinco) leitos;
- negatoscópio - em quantidade adaptável à unidade;
- maca de transporte com cilindro de O2 - 1 (um) para cada 15 (quinze) leitos;
- monitor de transporte - 1 (um) para cada 10 (dez) leitos;
- ventilador mecânico para transporte - 1 (um) para cada 10 (dez) leitos;
- cilindro de O2 para transporte - 1 (um) para cada 8 (oito) leitos;
- cadeiras de rodas;
- eletrocardiógrafo portátil - 1 (um) para cada 10 (dez) leitos;
- gerador de marca-passo externo uni ou bicameral para cada 5 (cinco) leitos;
- respirador mecânico microprocessado - 70% (setenta por cento) do número de leitos;
- equipamentos para ventilação mecânica não invasiva - 1 (um) para cada 10 (dez) leitos;
- conjunto de CPAP nasal - 1 (um) para cada 4 leitos;
- aparelho de radiologia móvel - 1 (um) por hospital;
- estufa para aquecimento de soluções - 1 (um) para cada 10 (dez) leitos.

3.5 Rotinas e Normas de Funcionamento e Atendimento

A unidade deve possuir rotinas e normas, escritas, atualizadas anualmente e assinadas pelo responsável técnico pela unidade. As rotinas e normas devem abordar todos os processos envolvidos na assistência e administração e contemplar os seguintes itens:

- a) manutenção preventiva e corretiva de materiais e equipamentos;
- b) avaliação dos pacientes;
- c) indicação do procedimento cirúrgico;
- d) protocolos médico-cirúrgicos;
- e) protocolos de enfermagem;
- f) protocolos de perfusão e assistência cardiocirculatória em cardiopediatria;
- g) suporte nutricional;
- h) acompanhamento em fisioterapia e reabilitação funcional;
- i) controle de infecção hospitalar;

j) acompanhamento ambulatorial dos pacientes;

k) acompanhamento ambulatorial e registro único dos seus pacientes portadores de marca-passos;

l) tecnovigilância nas complicações de implantes valvares que envolva a remoção da prótese;

m) avaliação de satisfação do cliente;

n) escala dos profissionais em sobreaviso, das referências interinstitucional e dos serviços terceirizados.

3.6 Produção do serviço

Os serviços de assistência de alta complexidade em cirurgia cardiovascular pediátrica devem realizar, em média, 10 (dez) atos operatórios mensais ou, no mínimo, 120 (cento e vinte) anuais em alta complexidade, conforme relação de procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS habilitados para a assistência de alta complexidade em cirurgia cardiovascular pediátrica, em pacientes do Sistema Único de Saúde. No cálculo desta produção não serão computados os implantes ou trocas de marca-passos.

A avaliação do volume de prestação de serviços será realizada anualmente. A unidade ou o serviço que não alcançar o mínimo de procedimentos cirúrgicos nos últimos 12 (doze) meses será auditado no sentido da continuidade ou não do credenciamento.

Obs.: A unidade de assistência de alta complexidade cardiovascular que possui serviço de cirurgia cardiovascular e serviço de cirurgia cardiovascular pediátrica deve solicitar os dois credenciamentos, separadamente, devendo realizar, em média, 20 (vinte) atos operatórios mensais ou, no mínimo, 240 (duzentos e quarenta) anuais de alta complexidade, conforme relação de procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS habilitados para a assistência de alta complexidade em cirurgia cardiovascular e assistência de alta complexidade em cirurgia cardiovascular pediátrica, em pacientes do Sistema Único de Saúde. No cálculo desta produção não serão computados os implantes ou trocas de marca-passos. O responsável técnico pelos dois serviços poderá ser o mesmo, desde que atenda às exigências.

4 NORMAS ESPECÍFICAS PARA CREDENCIAMENTO EM SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM PROCEDIMENTOS DA CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA

A unidade deve dispor de estrutura física e funcional além de uma equipe assistencial devidamente qualificada e capacitada para a prestação de assistência aos portadores de doenças do sistema cardiovascular.

A unidade de assistência de alta complexidade deve, como pré-requisito para o seu credenciamento em serviço assistência de alta complexidade em procedimentos da cardiologia intervencionista, ser credenciada em serviço de assistência de alta complexidade em cirurgia cardiovascular ou cirurgia cardiovascular pediátrica e contar com médico cirurgião vascular.

4.1 Recursos Humanos

a) O serviço assistência de alta complexidade em procedimentos da cardiologia intervencionista deve contar com um responsável técnico, médico com certificado em área de atuação em hemodinâmica e cardiologia intervencionista, reconhecido pela Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista;

b) O médico responsável técnico por um serviço poderá atuar como profissional em um outro serviço credenciado pelo SUS, no mesmo estado ou em outro, mas somente poderá assumir a responsabilidade técnica por um único serviço credenciado pelo Sistema Único de Saúde, devendo residir no mesmo município ou em cidades circunvizinhas;

c) A equipe da especialidade da cardiologia intervencionista deve contar com, pelo menos, mais um médico com certificado em área de atuação em hemodinâmica e cardiologia intervencionista, reconhecido pela Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista. Deverá contar com quantitativo suficiente para o atendimento de enfermagem, intercorrências clínicas e cirúrgicas do pós-operatório e ambulatório;

- d) O serviço assistência de alta complexidade em procedimentos da cardiologia intervencionista deverá contar ainda com um quantitativo suficiente para o atendimento de enfermaria, nas intercorrências clínicas e cirúrgicas pós-procedimentos;
- e) O serviço assistência de alta complexidade em procedimentos da cardiologia intervencionista deverá contar com plantão, em caráter sobreaviso, para o atendimento nas 24 (vinte e quatro) horas na totalidade de sua estrutura;
- f) Quantitativos de enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem necessários para o atendimento para o serviço de procedimentos da cardiologia intervencionista e a sala de recuperação:

Serviços de Assistência de Alta Complexidade	Número de enfermeiros por turno (incluído o enfermeiro coordenador)	Número de auxiliares de enfermagem (AE) ou técnicos em enfermagem (TE) por turno
Serviço de Procedimentos da Cardiologia Intervencionista e a Sala de recuperação	1 (um) para o serviço e 1 (um) para cada 10 (dez) leitos da sala de recuperação	1 (um) para cada 4 (quatro) leitos

4.2 Exigências para a Unidade

4.2.1 Equipe de Saúde Básica

- a) Cardiologia clínica: médicos com título de especialista em cardiologia reconhecido pela Sociedade Brasileira de Cardiologia ou certificado de residência médica em cardiologia, emitido por programa de residência médica reconhecido pelo MEC, para atendimento diário e em regime de plantão.
- b) Anestesiologia: médicos com certificado de residência médica ou título de especialista em anestesiologia pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia.
- c) Enfermagem: A equipe deve contar com um enfermeiro coordenador, com especialização em cardiologia reconhecido pelo MEC, ou com certificado de residência em cardiologia reconhecido pelo MEC, ou com título de especialista em enfermagem cardiovascular, reconhecido pela Sociedade Brasileira de Enfermagem Cardiovascular (SOBENC), e ainda com enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem em quantitativo suficiente para o atendimento de enfermaria a saber:

1 (um) enfermeiro para cada 10 (dez) leitos da sala de recuperação e 1 (um) enfermeiro para o serviço de procedimentos de cardiologia intervencionista, por turno (incluído o enfermeiro coordenador);

1 (um) auxiliar de enfermagem (AE) ou técnico em enfermagem (TE) para cada 4 (quatro) leitos da sala de recuperação em atendimentos de alta complexidade em procedimentos da cardiologia intervencionista, por turno.

Obs.: O serviço que não possuir um enfermeiro coordenador, conforme exigências do item "d", terá o prazo de 3 (três) anos para se adequar.

d) Técnico em radiologia ou tecnólogo: deve ter experiência e treinamento adequados para operar os equipamento de radiodiagnóstico de angiografia. Deve conhecer os princípios físicos das radiações e medidas de proteção e ser credenciado no Conselho Técnico de Radiologia (CONTER). O quantitativo suficiente para o atendimento a saber:

1 (um) técnico em radiologia ou tecnólogo com experiência em hemodinâmica.

4.2.2 Equipe de Saúde Complementar (apoio multidisciplinar)

A unidade deverá contar, em caráter permanente ou alcançável com cirurgião vascular e cirurgião geral, residentes no mesmo município ou cidades circunvizinhas.

4.3 Instalações Físicas

Além do estabelecido no item 1.5 deste anexo, as áreas físicas da unidade deverão se enquadrar:

a) RDC Anvisa nº 330, de 20 de dezembro de 2019, que estabelece os requisitos sanitários para a organização e o funcionamento de serviços de radiologia diagnóstica ou intervencionista, e regulamenta o controle das exposições médicas, ocupacionais e do público decorrentes do uso de tecnologias radiológicas diagnósticas ou intervencionistas.

4.4 Materiais e Equipamentos

A unidade deverá dispor de todos os materiais e equipamentos necessários, em perfeito estado de conservação e funcionamento, para assegurar a qualidade da assistência aos pacientes, que possibilitem o diagnóstico, tratamento e acompanhamento médico e de enfermagem. O hospital deverá destinar quantitativo de leitos específicos para os pacientes de média e alta complexidade cardiovascular.

O serviço de assistência de alta complexidade em procedimentos da cardiologia intervencionista, deve possuir:

- equipamento de hemodinâmica fixo com as seguintes características mínimas:

- a) capacidade de aquisição de imagem digital em tempo real;

- b) resolução: matriz 512X512X8 bites a 30 quadros/segundo;

- c) armazenamento de longo prazo das imagens: CD ou filme 35mm (trinta e cinco milímetros).

- polígrafo de no mínimo 3 (três) derivações de ECG e 2 (dois) canais de pressão com possibilidade de registro simultâneo;

- bomba injetora de contraste;

- aparelho de coagulação por TCA na sala de hemodinâmica;

- oxímetro de pulso;

- monitor de pressão invasiva de 2 (dois) canais - 1 (um) por sala;

- equipamento para cálculo de débito cardíaco;

- material para reanimação cardiorespiratória e desfibrilador externo;

- marca-passo temporário - 1 (um) por sala;

- arco monitorado e de potência mínima de 60kW (sessenta quilowatts) como parte das características mínimas do equipamento de hemodinâmica fixa.

4.5 Recursos Diagnósticos e Terapêuticos

- a) Laboratório de análises clínicas - acesso a exames realizados dentro da unidade, disponíveis nas 24 (vinte e quatro) horas do dia: bioquímica, hematologia, microbiologia, gasometria, líquidos orgânicos e uroanálise. O laboratório deverá participar de programa de controle de qualidade;

- b) Unidade de imagenologia: equipamento de radiologia convencional de 500mA fixo, e equipamento de radiologia portátil, doppler periférico portátil, ecodopplercardiografia transtorácica ou transesofágica, ultrassonografia com doppler;

A unidade de imagenologia deverá participar de programa de controle de qualidade.

- c) Hemoterapia - disponível nas 24 (vinte e quatro) horas do dia, por agência transfusional (AT) ou estrutura de complexidade maior, dentro do que rege a RDC Anvisa nº 151, de 21 de agosto de 2001, publicada no Diário Oficial da União, de 22 de agosto de 2001, e ter convênio ou contrato devidamente formalizado de acordo com a mesma resolução;

- d) Unidade de tratamento intensivo credenciada pelo SUS e classificada como de Tipo II ou III, de acordo com o Anexo III, Livro II, Título X, da Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017.

4.6 Rotinas e Normas de Funcionamento e Atendimento

A unidade deve possuir rotinas e normas, atualizadas anualmente e assinadas pelo responsável técnico pela unidade. As rotinas e normas devem abordar todos os processos envolvidos na assistência e administração e contemplar os seguintes itens:

- a) manutenção preventiva e corretiva de materiais e equipamentos;

- b) avaliação dos pacientes

- c) indicação do procedimento hemodinâmico;

- d) protocolos assistenciais em procedimentos em cardiologia intervencionista;

- e) protocolos de enfermagem;

- f) controle de infecção hospitalar;
- g) acompanhamento ambulatorial dos pacientes;
- h) tecnovigilância nas complicações de implantes;
- i) avaliação de satisfação do cliente;

j) escala dos profissionais em sobreaviso, das referências interinstitucional e dos serviços terceirizados.

4.7 Produção do serviço

Os serviços de assistência de alta complexidade em procedimentos da cardiologia intervencionista devem realizar, em média, 12 (doze) procedimentos terapêuticos em cardiologia intervencionista mensais ou, no mínimo, 144 (cento e quarenta e quatro) anuais de alta complexidade, conforme relação de procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS habilitados para a assistência de alta complexidade em procedimentos da cardiologia intervencionista, em pacientes do Sistema Único de Saúde.

No cálculo desta produção não serão computados os estudos hemodinâmicos ambulatoriais.

A avaliação do volume de prestação de serviços será realizada anualmente. A unidade ou o serviço que não alcançar o mínimo de procedimentos hemodinâmicos nos últimos 12 (doze) meses, será auditado no sentido da continuidade ou não do credenciamento.

5 NORMAS ESPECÍFICAS PARA CREDENCIAMENTO EM SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM CIRURGIA VASCULAR

A unidade deve dispor de estrutura física e funcional além de uma equipe assistencial devidamente qualificada e capacitada para a prestação de assistência aos portadores de doenças do sistema cardiovascular.

A unidade de assistência em alta complexidade, como pré-requisito para o seu credenciamento em serviço de assistência de alta complexidade em cirurgia vascular, deve dispor de serviço de angioradiologia.

5.1 Recursos Humanos

a) O serviço de assistência de alta complexidade em cirurgia vascular deve contar com um responsável técnico, médico com título de especialista em angiologia e cirurgia vascular reconhecido pela Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular, ou com certificado de residência médica na especialidade, emitido por programa de residência médica reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC);

b) O médico responsável técnico por um serviço poderá atuar como profissional em um outro serviço credenciado pelo SUS, no mesmo estado ou em outro, mas somente poderá assumir a responsabilidade técnica por um único serviço credenciado pelo Sistema Único de Saúde, devendo residir no mesmo município ou em cidades circunvizinhas;

c) As equipes da especialidade da cirurgia vascular devem contar com, pelo menos, mais um médico com título de especialista em angiologia e cirurgia vascular, reconhecido pela Sociedade Brasileira Angiologia e Cirurgia Vascular, ou com certificado de residência médica na especialidade, emitido por programa de residência médica reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC). Deverá contar com quantitativo suficiente para o atendimento de enfermagem, intercorrências clínicas e cirúrgicas do pós-operatório e ambulatório;

d) O serviço deve contar ainda com médico angioradiologista ou radiologista intervencionista, com título de especialista pelo CBR/AMB (SOBRICE) ou cirurgião vascular com certificado de habilitação com área de atuação em cirurgia endovascular da SBACV/CBR/AMB;

e) A unidade de assistência de alta complexidade cardiovascular que possui serviço de assistência de alta complexidade em cirurgia vascular e serviço de assistência de alta complexidade em procedimentos endovasculares extracardiácos poderá ter o mesmo responsável técnico, desde que atenda às exigências.

5.2 Exigências para a Unidade

5.2.1 Equipe de Saúde Básica

a) Cardiologia clínica: médicos com título de especialista em cardiologia reconhecido pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, certificado de residência médica em cardiologia, emitido por programa de residência médica reconhecido pelo MEC, para atendimento diário e em regime de plantão;

b) Angiologista ou vascular: médicos com especialização ou título de especialista em angiologia e/ou cirurgia vascular ou certificado de residência médica reconhecido pelo MEC;

c) Anestesiologia: médico com certificado de residência médica ou título de especialista em anestesiologia pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia;

d) Enfermagem: a equipe deve contar com um enfermeiro coordenador, com especialização em cardiologia reconhecido pelo MEC, ou com certificado de residência em cardiologia reconhecido pelo MEC, ou com título de especialista em enfermagem cardiovascular, reconhecido pela Sociedade Brasileira de Enfermagem Cardiovascular (SOBENC), e ainda com enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem em quantitativo suficiente para o atendimento de enfermagem a saber:

1 (um) enfermeiro para cada 18 (dezoito) leitos reservados para atendimento em alta complexidade, por turno;

1 (um) auxiliar de enfermagem (AE) ou técnico em enfermagem (TE) para cada 8 (oito) leitos reservados para atendimento em alta complexidade em cirurgia vascular, por turno, na proporção mínima AE/TE recomendada é de 2/1.

Obs.: O serviço que não possuir um enfermeiro coordenador, conforme exigências do item d, terá o prazo de 3 (três) anos para se adequar.

5.2.2 Equipe de Saúde Complementar (apoio multidisciplinar)

A unidade deverá contar, em caráter permanente ou alcançável, com: cirurgião geral, endocrinologista, neurologista e cirurgião plástico, residentes no mesmo município ou cidades circunvizinhas.

Deverá ter, como serviços próprios ou contratados de suporte, serviços e profissionais nas seguintes áreas:

a) saúde mental ou psicologia clínica;

b) assistência social;

c) fisioterapia;

d) nutricionista;

e) farmácia;

f) hemoterapia.

5.3 Materiais e Equipamentos

A unidade deverá dispor de todos os materiais e equipamentos necessários, em perfeito estado de conservação e funcionamento, para assegurar a qualidade da assistência aos pacientes, que possibilitem o diagnóstico, tratamento e acompanhamento médico, de enfermagem, fisioterápico, nutricional e dietético. O hospital deverá destinar quantitativo de leitos específicos para os pacientes de média e alta complexidade vascular, internações clínicas e cirurgia vascular. O serviço deve possuir os seguintes materiais e equipamentos mínimos na especialidade cirurgia vascular equipado com:

- desfibrilador externo;

- marca-passo temporário;

- monitor de pressão invasiva, portátil ou modular;

- oxímetro de pulso;

- 4 (quatro) bombas de infusão, no mínimo;

- aparelho para controle de coagulação por TCA;

- doppler portátil.

5.4 Recursos Diagnósticos e Terapêuticos

a) Laboratório de análises clínicas - exames realizados dentro da unidade, disponíveis nas 24 (vinte e quatro) horas do dia: bioquímica; hematologia, microbiologia, gasometria, líquidos orgânicos e uroanálise. O laboratório deverá participar de programa de controle de qualidade;

b) Unidade de imagenologia: equipamento de radiologia convencional de 500 mA fixo, e equipamento de radiologia portátil, doppler periférico portátil, ecodopplercardiografia transtorácica ou transesofágica, ultrassonografia com doppler;

A unidade de imagenologia deverá participar de programa de controle de qualidade.

c) Unidade de angiorradiologia no ambiente do hospital;

d) Unidade própria ou conveniada de anatomia patológica, para realização de exames de citologia, histologia, anátomo-patologia de peças cirúrgicas;

e) Unidade de tratamento intensivo credenciada pelo SUS e classificada como de Tipo II ou III, de acordo com o Anexo III, Livro II, Título X, da Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017.

Obs.: Os exames de ressonância magnética, ecodopplercardiografia transesofágica e tomografia computadorizada poderão ser realizados em serviços de terceiros, instalados dentro ou fora da estrutura ambulatorio-hospitalar do hospital. Neste caso, a referência deve em ser devidamente formalizada de acordo com o que estabelece a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde.

5.5 Rotinas e Normas de Funcionamento e Atendimento

A unidade deve possuir rotinas e normas, atualizadas anualmente e assinadas pelo responsável técnico pela unidade. As rotinas e normas devem abordar todos os processos envolvidos na assistência e administração e contemplar os seguintes itens:

a) manutenção preventiva e corretiva de materiais e equipamentos;

b) avaliação dos pacientes;

c) indicação do procedimento cirúrgico;

d) protocolos médico-cirúrgicos;

e) protocolos de enfermagem;

f) suporte nutricional;

g) controle de infecção hospitalar;

h) acompanhamento ambulatorial dos pacientes;

i) tecnovigilância nas complicações de implantes, que envolva remoção da prótese;

j) avaliação de satisfação do cliente;

k) escala dos profissionais em sobreaviso, das referências interinstitucional e dos serviços terceirizados.

5.6 Produção do serviço

Os serviços de assistência de alta complexidade em cirurgia vascular devem realizar, em média, 8 (oito) atos operatórios mensais ou, no mínimo, 90 (noventa) anuais de alta complexidade, conforme relação de procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS habilitados para a assistência de alta complexidade em cirurgia vascular, em pacientes do Sistema Único de Saúde.

A avaliação do volume de prestação de serviços será realizada anualmente. A unidade ou o serviço que não alcançar o mínimo de procedimentos cirúrgicos nos últimos 12 (doze) meses, será auditado e no sentido da continuidade ou não do credenciamento.

6 NORMAS PARA CREDENCIAMENTO EM SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM CIRURGIA ENDOVASCULAR EXTRACARDÍACA

A unidade deve dispor de estrutura física e funcional além de uma equipe assistencial devidamente qualificada e capacitada para a prestação de assistência aos portadores de doenças do sistema cardiovascular.

A unidade de assistência de alta complexidade deve, como pré-requisito para o seu credenciamento em serviço de assistência de alta complexidade em cirurgia endovascular extracardiaca, ser credenciada também em serviço de assistência de alta complexidade em cirurgia vascular.

6.1 Recursos Humanos

a) O serviço de assistência de alta complexidade em cirurgia endovascular extracardiaca deve contar com um responsável técnico pelo serviço, preferencialmente, cirurgião vascular ou radiologista intervencionista com área de atuação em procedimentos endovasculares, reconhecida pelas Sociedade Brasileira Angiologia e Cirurgia Vascular e/ou Sociedade Brasileira de Radiologia Intervencionista e Cirurgia Endovascular (CBR). Na ausência de profissional com esta área de atuação, o responsável técnico poderá ser cirurgião cardiovascular ou cardiologista intervencionista, com os respectivos títulos de especialistas das Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular ou Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista;

b) O médico responsável técnico por um serviço poderá atuar como profissional em um outro serviço credenciado pelo SUS, no mesmo estado ou em outro, mas somente poderá assumir a responsabilidade técnica por um único serviço credenciado pelo Sistema Único de Saúde, devendo residir no mesmo município ou em cidades circunvizinhas;

c) As equipes devem contar com, pelo menos, mais um médico com título de especialista da Sociedade Brasileira Angiologia e Cirurgia Vascular ou Sociedade Brasileira de Radiologia Intervencionista e Cirurgia Endovascular ou Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular ou Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista.

6.2 Exigências para a Unidade

6.2.1 Equipe de Saúde Básica

a) Clínica médica: médico com título de especialista em clínica médica, para atendimento diário e em regime de plantão;

b) Anestesiologia: médico com certificado de residência médica ou título de especialista em Anestesiologia pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia;

c) Enfermagem: a equipe deve contar com um enfermeiro coordenador, com especialização em cardiologia reconhecido pelo MEC, ou com certificado de residência em cardiologia reconhecido pelo MEC, ou com título de especialista em enfermagem Cardiovascular, reconhecido pela Sociedade Brasileira de Enfermagem Cardiovascular (SOBENC), e ainda com enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem em quantitativo suficiente para o atendimento de enfermagem a saber:

1 (um) enfermeiro para cada 14 (quatorze) leitos reservados para atendimento em sala de recuperação hemodinâmica e/ou em unidade de internação, por turno;

1 (um) auxiliar de enfermagem (AE) ou técnico de enfermagem (TE) para cada 8 (oito) leitos reservados para atendimento em alta complexidade em cirurgia vascular, por turno. A proporção mínima AE/TE recomendada é de 2/1.

Obs.: O serviço que não possuir um enfermeiro coordenador, conforme exigências do item d, terá o prazo de 3 (três) anos para se adequar.

d) Técnico em radiologia ou tecnólogo: deve ter experiência e treinamento adequado para operar o equipamento de radiodiagnóstico de angiografia. Deve conhecer os princípios físicos das radiações e medidas de proteção e ser credenciado no Conselho Técnico de Radiologia (CONTER). O quantitativo suficiente para o atendimento a saber:

1 (um) técnico em radiologia ou tecnólogo com experiência em angiorradiologia.

6.2.2 Equipe de Saúde Complementar (apoio multidisciplinar)

A unidade deverá contar, em caráter permanente ou alcançável, com: equipe auxiliar composta por médicos com experiência profissional em procedimentos endovasculares e pelo menos um cirurgião cardiovascular e/ou cirurgião vascular com experiência em cirurgia cardiovascular e cirurgia vascular, respectivamente, com o respectivo título de especialista para esta especialidade, residentes no mesmo município ou cidades circunvizinhas.

Deverá ter, como serviços próprios ou contratados, os serviços de suporte e profissionais nas seguintes áreas:

- a) patologia clínica;
- b) anatomia patológica;
- c) farmácia;
- d) hemoterapia;
- e) pronto atendimento das urgências/emergências funcionando nas 24 (vinte e quatro) horas do dia;
- f) serviço social;
- g) nutricionista,
- h) fisioterapeuta;
- i) ambulatório de acompanhamento do pacientes submetidos a procedimentos endovasculares.

6.3 Instalações Físicas

Além do estabelecido no item 1.5 deste Anexo, as áreas físicas da unidade deverão se enquadrar:

- a) RDC Anvisa nº 330, de 20 de dezembro de 2019, que estabelece os requisitos sanitários para a organização e o funcionamento de serviços de radiologia diagnóstica ou intervencionista; e regulamenta o controle das exposições médicas, ocupacionais e do público decorrentes do uso de tecnologias radiológicas diagnósticas ou intervencionistas.

6.4 Materiais e Equipamentos

A unidade deverá dispor de todos os materiais e equipamentos necessários, em perfeito estado de conservação e funcionamento, para assegurar a qualidade da assistência aos pacientes, que possibilitem o diagnóstico, tratamento e acompanhamento médico, de enfermagem, fisioterápico, nutricional e dietético. O hospital, deverá destinar quantitativo de leitos específicos para os pacientes de média e alta complexidade em procedimentos endovasculares extracardiácos.

A sala de procedimentos endovasculares deverá ser equipada com:

- equipamento de angiografia com subtração digital, matriz mínima de 1024X1024 na aquisição e processamento, anodo rotatório e subtração com roadmap ou equipamento móvel com as mesmas características;
- bomba injetora de contraste;
- equipamento para anestesia;
- material e equipamentos de reanimação cardiorrespiratória;
- marca-passo temporário;
- monitor de pressão invasiva portátil ou modular;
- oximetria de pulso;
- 2 (duas) bombas de infusão;
- equipamento de TCA.

O centro cirúrgico deverá contar com pelo menos uma sala cirúrgica, equipada com materiais e equipamentos básicos para cirurgias vasculares, bem como equipamento de circulação extracorpórea, na situação de tratamento de doença da aorta torácica.

6.5 Recursos Diagnósticos e Terapêuticos

- a) Laboratório de análises clínicas: acesso a exames realizados dentro da unidade, disponíveis nas 24 (vinte e quatro) horas do dia: bioquímica, hematologia, microbiologia, gasometria, líquidos orgânicos e uroanálise. O Laboratório deverá participar de programa de controle de qualidade;

b) Unidade de imagenologia: equipamento de radiologia convencional de 500mA fixo, e equipamento de radiologia portátil, doppler periférico portátil, ecodopplercardiografia transtorácica ou transesofágica, ultrassonografia com doppler, tomografia computadorizada;

A unidade de imagenologia deverá participar de programa de controle de qualidade;

c) Unidade de angiorradiologia no ambiente do hospital;

d) Hemoterapia: disponível nas 24 (vinte e quatro) horas do dia, por agência transfusional (AT) ou estrutura de complexidade maior dentro do que rege a RDC Anvisa nº 151, de 21 de agosto de 2001, publicada no Diário Oficial da União, de 22 de agosto de 2001, e ter convênio ou contrato devidamente formalizado de acordo com a mesma resolução;

e) Unidade de endoscopia digestiva;

f) Unidade própria ou conveniada de anatomia patológica, para realização de exames de citologia, histologia, anátomo-patologia de peças cirúrgicas;

g) Unidade de tratamento intensivo credenciada pelo SUS e classificada como de Tipo II ou III, de acordo com o Anexo III, Livro II, Título X, da Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017.

Obs.: os exames de ecodopplercardiografia, ressonância magnética, angiorressonância e de endoscopia digestiva, poderão ser realizados em serviços de terceiros, instalados dentro ou fora da estrutura ambulatorio-hospitalar do hospital. Neste caso, a referência deve ser devidamente formalizada de acordo com o que estabelece a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde.

6.6 Rotinas e Normas de Funcionamento e Atendimento

A unidade deve possuir rotinas e normas, preferencialmente escritas, atualizadas anualmente e assinadas pelo responsável técnico pela unidade. As rotinas e normas devem abordar todos os processos envolvidos na assistência e administração e contemplar os seguintes itens:

a) manutenção preventiva e corretiva de materiais e equipamentos;

b) avaliação dos pacientes;

c) indicação do procedimento cirúrgico;

d) protocolos médico-cirúrgicos e de procedimentos endovasculares extracardiácos;

e) protocolos de enfermagem;

f) suporte nutricional;

g) controle de infecção hospitalar;

h) acompanhamento ambulatorial dos pacientes;

i) tecnovigilância nas complicações de implantes que envolvam remoção da prótese;

j) avaliação de satisfação do cliente;

k) escala dos profissionais em sobreaviso, das referências interinstitucionais e dos serviços terceirizados.

6.7 Produção do serviço

Os serviços de assistência de alta complexidade em cirurgia endovascular extracardiáca devem realizar, em média, 10 (dez) atos operatórios mensais ou, no mínimo, 120 (cento e vinte) anuais de alta complexidade, conforme relação de procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS habilitados para a assistência de alta complexidade em cirurgia endovascular extracardiáca, em pacientes do Sistema Único de Saúde.

A avaliação do volume de prestação de serviços será realizada anualmente. A unidade ou o serviço que não alcançar o mínimo de procedimentos cirúrgicos nos últimos 12 (doze) meses será auditado e no sentido da continuidade ou não do Credenciamento.

7 NORMAS ESPECÍFICAS PARA CREDENCIAMENTO EM SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM LABORATÓRIO DE ELETROFISIOLOGIA

A unidade deve dispor de estrutura física e funcional além de uma equipe assistencial devidamente qualificada e capacitada para a prestação de assistência aos portadores de doenças do sistema cardiovascular.

A unidade de assistência de alta complexidade deve, como pré-requisito para o seu credenciamento em serviço de assistência de alta complexidade em laboratório de eletrofisiologia, ser credenciada em unidade que possua serviço de assistência de alta complexidade em procedimentos da cardiologia intervencionista e serviço de assistência de alta complexidade em cirurgia cardiovascular.

7.1 Recursos Humanos

a) O serviço de assistência de alta complexidade em laboratório de eletrofisiologia deve contar com um responsável técnico, médico com título de especialista, com área de atuação em eletrofisiologia, habilitado pelo Departamento de Arritmias e Eletrofisiologia Clínica (DAEC), da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC);

b) O médico responsável técnico por um serviço poderá atuar como profissional em um outro serviço credenciado pelo SUS, no mesmo estado ou em outro, mas somente poderá assumir a responsabilidade técnica por um único serviço credenciado pelo Sistema Único de Saúde, devendo residir no mesmo município ou em cidades circunvizinhas;

c) A equipe de eletrofisiologia deve contar, preferencialmente, com mais um médico com certificado na área de atuação em eletrofisiologia, habilitado pelo Departamento de Arritmias e Eletrofisiologia Clínica (DAEC), da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). Na ausência deste, poderá ser um cardiologista com título de especialista pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). Deverá contar com quantitativo suficiente para o atendimento de enfermaria, intercorrências clínicas e cirúrgicas do pós-operatório e 1 (um) ambulatório semanal;

d) Quantitativos de enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem necessários para o atendimento para o serviço de laboratório de eletrofisiologia e a sala de recuperação:

Serviços de Assistência de Alta Complexidade	Número de enfermeiros por turno (incluído o enfermeiro coordenador)	Número de auxiliares de enfermagem (AE) ou técnicos em enfermagem (TE) por turno
Serviço de Laboratório de Eletrofisiologia e a Sala de recuperação	1 (um) para o serviço e 1 (um) para cada 10 (dez) leitos da sala de recuperação	1 (um) para cada 4 (quatro) leitos

7.2 Exigências para a Unidade

7.2.1 Equipe de Saúde Básica

a) Cardiologia clínica: médicos, cardiologista auxiliar, com treinamento em eletrofisiologia com certificado de residência médica, especialização ou título de especialista em clínica cardiológica para atendimento diário e em regime de sobreaviso;

b) Anestesiologista: médicos com certificado de residência médica ou título de especialista em anestesiologia pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia;

c) Enfermagem: a equipe deve contar com um enfermeiro coordenador, com especialização em cardiologia reconhecido pelo MEC, ou com certificado de residência em cardiologia reconhecido pelo MEC, ou com título de especialista em enfermagem cardiovascular, reconhecido pela Sociedade Brasileira de Enfermagem Cardiovascular (SOBENC), e ainda com enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem em quantitativo suficiente para o atendimento de enfermaria a saber:

1 (um) enfermeiro para cada 10 (dez) leitos da sala de recuperação e 1 (um) enfermeiro para o serviço de procedimentos em cardiologia intervencionista, por turno (incluído o enfermeiro coordenador);

1 (um) auxiliar de enfermagem (AE) ou técnico em enfermagem (TE) para cada 4 (quatro) leitos da sala de recuperação em atendimentos de alta complexidade em procedimentos da cardiologia intervencionista, por turno.

Obs.: O serviço que não possuir um enfermeiro coordenador, conforme exigências do item "d", terá o prazo de 3 (três) anos para se adequar.

d) Técnico em radiologia ou tecnólogo: deve ter experiência e treinamento adequados para operar os equipamento de radiodiagnóstico de angiografia. Deve conhecer os princípios físicos das radiações e medidas de proteção e ser credenciado no Conselho Técnico de Radiologia (CONTER). O quantitativo suficiente para o atendimento a saber:

1 (um) técnico em radiologia ou tecnólogo, por serviço, com experiência em eletrofisiologia.

7.2.2 Equipe de Saúde Complementar (apoio multidisciplinar)

A unidade deverá contar, em caráter permanente ou alcançável, com cirurgião vascular, residente no mesmo município ou cidades circunvizinhas.

a) Ambulatório de arritmia.

7.3 Instalações Físicas

Além do estabelecido no item 1.5 deste Anexo, as áreas físicas da unidade deverão se enquadrar:

a) RDC Anvisa nº 330, de 20 de dezembro de 2019, que estabelece os requisitos sanitários para a organização e o funcionamento de serviços de radiologia diagnóstica ou intervencionista, e regulamenta o controle das exposições médicas, ocupacionais e do público decorrentes do uso de tecnologias radiológicas diagnósticas ou intervencionistas.

7.4 Materiais e Equipamentos

A unidade deverá dispor todos os materiais e equipamentos necessários, em perfeito estado de conservação e funcionamento, para assegurar a qualidade da assistência aos pacientes, que possibilitem o diagnóstico, tratamento e acompanhamento médico e de enfermagem. O hospital, deverá destinar quantitativo de leitos em hospital dia e/ou de internação, específicos para os pacientes de alta complexidade em cardiovascular.

São necessários os seguintes materiais/equipamentos mínimos no laboratório de eletrofisiologia:

a) equipamento de fluoroscopia em arco cirúrgico ou similar;

b) estimulador cardíaco;

c) marca-passo temporário;

d) sistema de monitorização de eletrocardiogramas periféricos e intracardíacos de, no mínimo, 18 (dezoito) canais simultâneos e, opcionalmente, com sistema de mapeamento eletroanatômico;

e) sistema gerador de energia;

f) desfibriladores externos (mínimo de 2 (dois));

g) material e equipamento para reanimação cardiorrespiratória.

7.5 Recursos Diagnósticos e Terapêuticos

a) Laboratório de análises clínicas: exames realizados dentro da unidade, disponíveis nas 24 (vinte e quatro) horas do dia: bioquímica; hematologia e gasometria. O laboratório deverá participar de programa controle de qualidade;

b) Unidade de imagenologia: equipamento de radiologia convencional de 500 mA fixo, e equipamento de radiologia portátil, doppler periférico portátil, ecodopplercardiografia transtorácica ou transesofágica, ultrassonografia com doppler;

A unidade de imagenologia deverá participar de programa de controle de qualidade;

c) Hemoterapia disponível nas 24 (vinte e quatro) horas do dia, por agência transfusional (AT) ou estrutura de complexidade maior dentro do que rege a RDC Anvisa nº 151, de 21 de agosto de 2001, publicada no Diário Oficial da União de 22 de agosto de 2001, e ter convênio ou contrato devidamente formalizado de acordo com a mesma resolução;

Obs.: Os exames de ressonância magnética poderão ser realizados em serviços de terceiros, instalados dentro ou fora da estrutura ambulatório-hospitalar do Hospital. Neste caso, a referência deve ser devidamente formalizada de acordo com o que estabelece a Política Nacional de Regulação do

Sistema Único de Saúde;

d) Unidade de tratamento intensivo credenciada pelo SUS e classificada como de Tipo II ou III de acordo com o Anexo III, Livro II, Título X, da Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017.

7.6 Rotinas e Normas de Funcionamento e Atendimento

A unidade deve possuir rotinas e normas, atualizadas anualmente e assinadas pelo responsável técnico pela unidade. As rotinas e normas devem abordar todos os processos envolvidos na assistência e administração e contemplar os seguintes itens:

- a) manutenção preventiva e corretiva de materiais e equipamentos;
- b) avaliação dos pacientes;
- c) indicação do procedimento;
- d) protocolos assistenciais em eletrofisiologia cardíaca;
- e) protocolos de enfermagem;
- f) controle de infecção hospitalar;
- g) acompanhamento ambulatorial dos pacientes;
- h) avaliação de satisfação do cliente.

7.7 Produção do Serviço

Os serviços de assistência de alta complexidade em procedimentos da cardiologia intervencionista devem realizar, em média, 12 (doze) procedimentos terapêuticos em cardiologia intervencionista mensais ou, no mínimo, 144 (cento e quarenta e quatro) anuais de alta complexidade, conforme relação de procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS habilitados para a assistência de alta complexidade em procedimentos da cardiologia intervencionista , em pacientes do Sistema Único de Saúde. A avaliação do volume de prestação de serviços será realizada anualmente. A unidade ou o serviço que não alcançar o mínimo de procedimentos nos últimos 12 (doze) meses será auditado e no sentido da continuidade ou não do credenciamento.

ANEXO VII

A - FORMULÁRIO PARA VISTORIA DO GESTOR

(Origem: Anexo 2-A da PRT SAS/MS 210/2004)

(Deve ser preenchido e assinado pelo gestor)

(Esse formulário não deve ser modificado e/ou substituído)

UNIDADES DE ASSISTÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE CARDIOVASCULAR

NOME DA UNIDADE: _____

CNPJ: _____

TIPO DE PRESTADOR (NATUREZA)

Federal ()	Filantrópico ()
Estadual ()	Privado ()
Municipal ()	Próprio ()

Atividade de Ensino e Pesquisa:

unidade Universitária ()

unidade Escola Superior Isolada ()

unidade Auxiliar de Ensino ()

unidade sem Atividade de Ensino ()

ENDEREÇO: _____

MUNICÍPIO: _____ ESTADO: _____

CEP:_____ TELEFONE: _____ FAX: _____

E-MAIL: _____

DIRETOR TÉCNICO: _____

Tipos de Assistência:

- () Ambulatorial () Internação
- () Urgência/Emergência aberta () Urgência/Emergência referida

SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO PARA:

- () serviço de assistência de alta complexidade em cirurgia cardiovascular
- () serviço de assistência de alta complexidade em cirurgia cardiovascular pediátrica
- () serviço de assistência de alta complexidade em cirurgia vascular
- () serviço de assistência de alta complexidade em procedimentos da cardiologia intervencionista
- () serviço de assistência de alta complexidade em procedimentos endovasculares extracardiácos
- () serviço de assistência de alta complexidade em laboratório de eletrofisiologia

NORMAS DE CLASSIFICAÇÃO E CREDENCIAMENTO DE UNIDADES DE ASSISTÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE CARDIOVASCULAR EXIGÊNCIAS GERAIS PARA TODOS OS SERVIÇOS (Preenchimento obrigatório para todas as solicitações)

1 Registro das Informações do Paciente:

1.1 A unidade possui um prontuário único para cada paciente, que inclua todos os tipos de atendimento a ele referente (ambulatorial, internação, pronto-atendimento, emergência), contendo as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento.	() Sim () Não
1.2 Informações indispensáveis e mínimas do prontuário:	
a) identificação do paciente	() Sim () Não
b) histórico clínico	() Sim () Não
c) avaliação inicial de acordo com o protocolo estabelecido	() Sim () Não
d) indicação do procedimento cirúrgico	() Sim () Não
e) descrição do ato cirúrgico ou procedimento, em ficha específica contendo:	() Sim () Não
- identificação da equipe	() Sim () Não
- descrição cirúrgica, incluindo os materiais usados e seus respectivos registros nacionais, para controle e rastreamento dos implantes	() Sim () Não
f) descrição da evolução	() Sim () Não
g) condições ou sumário da alta hospitalar	() Sim () Não
h) ficha de registro de infecção hospitalar	() Sim () Não

i) evolução ambulatorial	() Sim () Não

2 Estrutura Assistencial:

2.1 A unidade de assistência em alta complexidade cardiovascular oferece assistência especializada e integral aos pacientes com doenças do sistema cardiovascular, atuando nas modalidades assistenciais descritas abaixo, conforme as diretrizes do gestor estadual e/ou municipal, que constitui exigência para o credenciamento.	() Sim () Não
a) adesão aos critérios da Política Nacional de Humanização	() Sim () Não
b) ações de promoção e prevenção de doenças do sistema cardiovascular - As unidades desenvolvem ações de promoção e prevenção das doenças do sistema cardiovascular e participar de ações de detecção precoce destas doenças. As atividades são desenvolvidas de maneira articulada com os programas e normas definidos pelo Ministério da Saúde, secretaria de saúde do estado ou município	() Sim () Não
c) diagnóstico e tratamento destinado ao atendimento de pacientes portadores de doença do sistema cardiovascular, compondo a rede de assistência aos pacientes portadores de doenças cardiovasculares, incluindo:	() Sim () Não
- atendimento de urgência/emergência referida em cardiologia que funcione nas 24 (vinte e quatro) horas, mediante termo de compromisso firmado com o gestor	() Sim () Não
- atendimento ambulatorial de cardiologia clínica conforme o estabelecido na rede de atenção pelo gestor público, mediante termo de compromisso firmado entre as partes, onde deverá constar a quantidade de consultas a serem ofertadas, com um número total máximo de 267 (duzentos sessenta e sete) consultas/mês, para cada 180 (cento e oitenta) cirurgias cardiovasculares/ano	() Sim () Não
- atendimento ambulatorial de cardiologia clínica pediátrica conforme o estabelecido na rede de atenção pelo gestor público, mediante termo de compromisso firmado entre as partes, onde deverá constar a quantidade de consultas a serem ofertadas, com um número total máximo de 179 (cento setenta e nove) consultas/mês, para cada 120 (cento e vinte) cirurgias cardiovasculares/ano;	() Sim () Não
- atendimento ambulatorial de angiologia e cirurgia vascular conforme o estabelecido na rede de atenção pelo gestor Público, mediante termo de compromisso firmado entre as partes, onde deverá constar a quantidade de consultas a serem ofertadas, com um número total máximo de 100 (cem) consultas/mês, para cada 180 (cento e oitenta) cirurgias vasculares/ano	() Sim () Não
- exames de diagnose e terapia em cardiologia e vascular (disponíveis para a rede), conforme abaixo:	() Sim () Não
Para cardiologia:	
- ergometria (no mínimo 80 (oitenta) exames / 180 (cento e oitenta) cirurgias)	() Sim () Não
- holter (no mínimo 30 (trinta) exames / 180 (cento e oitenta) cirurgias)	() Sim () Não
- ecocardiograma (no mínimo 130 (cento e trinta) exames / 180 (cento e oitenta) cirurgias)	() Sim () Não
Para vascular:	
- ultrassonografia com doppler colorido de três vasos (no mínimo 80 (oitenta) exames /180 (cento e oitenta) cirurgias)	() Sim () Não
- internação hospitalar com leitos exclusivos ou de reserva programada, com salas de cirurgia exclusivas ou turnos cirúrgicos destinados às cirurgias eletivas; disponibilidade de salas para absorver as intercorrências cirúrgicas do pós-operatório	() Sim () Não
- leitos clínicos cardiovascular, mediante termo de compromisso firmado com o gestor	() Sim () Não
d) reabilitação, suporte e acompanhamento através de procedimentos específicos que promovam a melhoria das condições físicas e psicológicas do paciente atuando no preparo pré-operatório ou como complemento pós-cirúrgico no sentido da restituição da capacidade funcional.	() Sim () Não

3 Referência de Pacientes e Intercâmbio Técnico Científico

3.1 O hospital integra o sistema de referência e contrarreferência hierarquizado pelas secretarias de saúde, e participa dos programas de intercâmbio técnico-científicos	() Sim () Não

4 Instalações Físicas

4.1 As áreas físicas da unidade possuem alvará de funcionamento	() Sim () Não
Enquadram-se nos critérios e normas estabelecidos pela legislação em vigor ou outros ditames legais que as venham substituir ou complementar	() Sim () Não

EXIGÊNCIAS ESPECÍFICAS (preencher apenas os serviços solicitados)

5 NORMAS ESPECÍFICAS PARA CREDENCIAMENTO EM SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM CIRURGIA CARDIOVASCULAR

5.1 A unidade dispõe de estrutura física e funcional, além de uma equipe assistencial devidamente qualificada e capacitada para a prestação de assistência aos portadores de doenças cardiovasculares em pacientes com idade a partir de 12 (doze) anos.	() Sim () Não
5.2 A unidade de assistência de alta complexidade que solicita credenciamento como serviço de assistência de alta complexidade em cirurgia cardiovascular possui um serviço de assistência de alta complexidade em procedimentos da cardiologia intervencionista.	() Sim () Não
5.3 Recursos Humanos	
a) O serviço de assistência de alta complexidade em cirurgia cardiovascular conta com um responsável técnico, médico com título de especialista em cirurgia cardiovascular reconhecido pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular ou com certificado de residência médica na especialidade, emitido por programa de residência médica reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC);	() Sim () Não
Médico Responsável: _____ CRM: _____	
b) Esse médico é responsável técnico por um único serviço credenciado pelo Sistema Único de Saúde.	() Sim () Não
c) O médico responsável técnico pelo serviço reside no mesmo município ou cidades circunvizinhas do serviço que está solicitando o credenciamento.	() Sim () Não
d) A equipe da cirurgia cardiovascular conta com, pelo menos, mais um médico com título de especialista em cirurgia cardiovascular reconhecido pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular ou com certificado de residência médica na especialidade, emitido por programa de residência médica reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC).	() Sim () Não
Médico (título ou MEC): _____ CRM: _____	
e) A equipe possui quantitativo suficiente para o atendimento de enfermagem, intercorrências clínicas e cirúrgicas do pós-operatório e ambulatório semanal.	() Sim () Não
f) O serviço de assistência de alta complexidade em cirurgia cardiovascular conta com um responsável técnico em implante de marca-passos, médico habilitado pelo Departamento de Estimulação Cardíaca Artificial (DECA) da SBCCV ou título de especialista em cirurgia cardiovascular reconhecido pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular ou ainda com certificado de residência médica em cirurgia cardiovascular emitido por programa de residência médica reconhecido pelo MEC.	() Sim () Não
Médico Responsável: _____ CRM: _____	
Obs.: Esse responsável técnico poderá ser o mesmo da cirurgia cardiovascular, desde que atenda às exigências.	
g) O serviço de assistência de alta complexidade em cirurgia cardiovascular conta ainda com um quantitativo suficiente para o atendimento de enfermagem, intercorrências clínicas e cirúrgicas do pós-operatório e ambulatório para acompanhamento dos pacientes portadores de marca-passos implantados.	() Sim () Não
5.4 Exigências para a unidade	
5.4.1 Possui a seguinte Equipe de Saúde Básica:	
a) cardiologia clínica: médicos com título de especialista em cardiologia reconhecido pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, ou com certificado de residência médica em cardiologia, emitido por programa de residência médica reconhecido pelo MEC, para atendimento diário e em regime de plantão.	() Sim () Não
Médico Responsável: _____ CRM: _____	
b) anestesiologia: médicos com certificado de residência médica reconhecido pelo MEC em anestesia, ou título de especialista em anestesiologia pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia.	() Sim () Não
c) medicina intensiva em pós-operatório de cirurgia cardíaca: médicos com título de especialista em medicina Intensiva reconhecido pela Associação de medicina intensiva Brasileira, ou certificado de residência médica em medicina intensiva, emitido por programa de residência médica reconhecido pelo MEC, ou médicos com título de especialista em cardiologia reconhecido pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, ou com certificado de residência médica em	() Sim () Não

cardiologia, emitido por programa de residência médica reconhecido pelo MEC, para atendimento diário, em regime de plantão, desde que sejam mantidos os percentuais de médicos intensivistas recomendados pela Associação de medicina intensiva Brasileira, conforme o Anexo III, Livro II, Título X, da Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017.		
d) enfermagem: a equipe conta com um enfermeiro coordenador, com especialização em cardiologia reconhecido pelo MEC, ou com certificado de residência em cardiologia reconhecido pelo MEC, ou com título de especialista em enfermagem cardiovascular, reconhecido pela Sociedade Brasileira de Enfermagem Cardiovascular (SOBENC).		() Sim () Não
Enfermeiro Coordenador: _____COREN:_____		
e) conta ainda com enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem em quantitativo suficiente para o atendimento de enfermagem a saber:		
1 (um) enfermeiro, para cada 14 (quatorze) leitos reservados para atendimento em alta complexidade, por turno (incluído o enfermeiro coordenador).	() Sim () Não	
1 (um) auxiliar de enfermagem (AE) ou técnico em enfermagem (TE) para cada 8 (oito) leitos reservados para atendimento em alta complexidade em cirurgia cardiovascular por turno. A proporção mínima de AE/TE recomendada é de 2/1.	() Sim () Não	
5.4.2 Possui a seguinte Equipe de Saúde Complementar (apoio multidisciplinar):		
a) A unidade conta, em caráter permanente ou alcançável, com: cirurgião geral, cirurgião vascular, clínico geral, neurologista, pneumologista, endocrinologista e nefrologista, residentes no mesmo município ou cidades circunvizinhas.	() Sim () Não	
b) Tem como serviços, próprios ou contratados, na mesma área física, os serviços de suporte e profissionais nas seguintes áreas:		
- saúde mental ou psicologia clínica	() Sim () Não	
- assistência social	() Sim () Não	
- fisioterapia	() Sim () Não	
- nutricionista	() Sim () Não	
- farmácia	() Sim () Não	
- hemoterapia	() Sim () Não	
5.5 Materiais e equipamentos:		
5.5.1 A unidade dispõe de todos os materiais e equipamentos necessários, em perfeito estado de conservação e funcionamento, para assegurar a qualidade da assistência aos pacientes, que possibilitem o diagnóstico, tratamento e acompanhamento médico, de enfermagem, fisioterápico, nutricional e dietético.	() Sim () Não	
5.5.2 O hospital destina quantitativo de leitos específicos para os pacientes de média e alta complexidade cardiovascular, internações clínicas e cirurgia cardiovascular.	() Sim () Não	
5.5.3 O Serviço de cirurgia cardiovascular conta com centro cirúrgico equipado com 1 (uma) sala para emergência e, no mínimo, 1 (uma) sala eletiva com:		
- capnógrafo	() Sim () Não	
- colchão térmico	() Sim () Não	
- desfibrilador com pás externas e internas	() Sim () Não	
- marca-passo externo provisório	() Sim () Não	
- balão intraórtico	() Sim () Não	

- oxímetro de pulso	Sim Não
- monitor de transporte	Sim Não
- monitor de pressão não invasiva	Sim Não
- monitor de pressão invasiva com, no mínimo, dois canais	Sim Não
- 1 (uma) bomba extracorpórea por sala	Sim Não
- aquecedor de sangue	Sim Não
- respirador a volume, com misturador tipo blender microprocessado	Sim Não
- aparelho para controle de coagulação por TCA	Sim Não
- 4 (quatro) bombas de infusão, no mínimo	Sim Não
- 2 (dois) termômetros termoeletrônicos	Sim Não
A área implante de marca-passo cardíaco permanente possui, além do estabelecido neste item, os seguintes equipamentos e materiais:	
- equipamento de fluoroscopia em arco móvel na sala cirúrgica, fixo em sala de hemodinâmica ou aparelho de RX de radioscopia	Sim Não
- material de emergência, para reanimação cardiorrespiratória	Sim Não
- programadores adequados para a prótese utilizada	Sim Não
- intervalômetro	Sim Não
- ímã	Sim Não
- eletrocardiógrafo de 12 (doze) derivações e 3 (três) derivações simultâneas, podendo ser acoplado a microcomputador	Sim Não
5.6 Recursos Diagnósticos e Terapêuticos:	
a) laboratório de análises clínicas que realiza exames na unidade, disponíveis nas 24 (vinte e quatro) horas do dia:	
- bioquímica	Sim Não
- hematologia	Sim Não
- microbiologia	Sim Não
- gasometria	Sim Não
- líquidos orgânicos	Sim Não

- uroanálise	() Sim () Não
O laboratório participa de programa de controle de qualidade	() Sim () Não
b) unidade de imagenologia com:	
- equipamento de RX convencional de 500 mA fixo	() Sim () Não
- equipamento de RX portátil	() Sim () Não
- ecodopplercardiografia transtorácica	() Sim () Não
- ecodopplercardiografia transesofágica	() Sim () Não
- tomografia computadorizada	() Sim () Não
- ressonância magnética	() Sim () Não
A unidade de imagenologia participa de programa de controle de qualidade	() Sim () Não
c) eletrocardiografia	() Sim () Não
d) ergometria	() Sim () Não
e) holter	() Sim () Não
f) unidade de medicina nuclear: cintilografia de perfusão miocárdica	() Sim () Não
g) unidade de cardiologia intervencionista no ambiente do hospital	() Sim () Não
h) O hospital conta com serviço de hemoterapia disponível nas 24 (vinte) horas do dia, por agência transfusional (AT) ou estrutura de complexidade maior, dentro do que rege a RDC Anvisa nº 151, de 21 de agosto de 2001, publicada no Diário Oficial da União, de 22 de agosto de 2001, e ter convênio ou contrato devidamente formalizado de acordo com a mesma resolução	() Sim () Não
- serviço de hemoterapia (se não for própria, indicar a referência) Serviço: _____ CNPJ: _____ Obs.: Os exames de ressonância magnética e cintilografia de perfusão miocárdica poderão ser realizados em serviços de terceiros, instalados dentro ou fora da estrutura ambulatorio-hospitalar do hospital. Neste caso, a referência deve ser devidamente formalizada de acordo com o que estabelece a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde.	
- ressonância magnética (se não for própria, indicar a referência) Serviço: _____ CNPJ: _____	
- cintilografia de perfusão miocárdica (se não for própria, indicar a referência) Serviço: _____ CNPJ: _____	
A unidade possui laboratório de eletrofisiologia para a realização de procedimentos eletrofisiológicos.	
- Serviço de eletrofisiologia (se não for própria, indicar a referência) Serviço: _____ CNPJ: _____	
i) unidade de tratamento intensivo credenciada pelo SUS e classificada como de Tipo II ou III, de acordo com o Anexo III, Livro II, Título X, da Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017.	() Sim () Não

Conta ainda com os itens específicos da medicina intensiva pós-operatória de cirurgia cardiovascular, conforme descrito a seguir.	
Equipamentos na unidade do paciente (box ou leito) em pós-operatório de cirurgia cardiovascular:	
- cama fowler com grades laterais e rodízios	() Sim () Não
- monitor multiparamétrico contendo:	() Sim () Não
1 (um) módulo ECG, com monitorização (opcional) do seguimento ST	() Sim () Não
1 (um) módulo de pressão invasiva	() Sim () Não
1 (um) módulo de oximetria de pulso	() Sim () Não
- sistema bolsa-válvula-máscara (com reservatório de oxigênio) - 1 (um) por leito	() Sim () Não
- estetoscópio - 1 (um) por leito	() Sim () Não
- bombas de infusão - 4 (quatro) por leito	() Sim () Não
- painel de gases	() Sim () Não
- foco auxiliar	() Sim () Não
Equipamentos na Unidade de Terapia Intensiva para Pós-operatório de Cirurgia Cardiovascular	
- carro de emergência com desfibrilador/cardioversor bifásico, dotado de marca-passo transcutâneo, material para intubação, medicação e material para atendimento de emergência - 1 (um) para cada 10 (dez) leitos	() Sim () Não
- 1 (um) módulo de débito cardíaco para a unidade	() Sim () Não
- eletrocardiógrafo portátil	() Sim () Não
- gerador de marca-passo externo A-V - 1 (um) para cada 5 (cinco) leitos	() Sim () Não
- respirador mecânico microprocessado - em 70% (setenta por cento) dos leitos	() Sim () Não
- equipamentos para ventilação mecânica não invasiva - 1 (um) para cada 10 (dez) leitos	() Sim () Não
- conjunto de CPAP nasal - 1 (um) para cada 4 (quatro) leitos	() Sim () Não
- manovacuômetro - 1 (um) por UTI	() Sim () Não
- medidor de Cuff - 1 (um) por UTI	() Sim () Não
- aparelho de radiologia móvel - 1 (um) por hospital	() Sim () Não
- equipamento para hemodiálise contínua - 1 (um) por UTI	() Sim () Não

- estufa para aquecimento de soluções - 1 (um) para cada 15 (quinze) leitos	Sim Não
- balança eletrônica digital até 150 Kg (cento e cinquenta quilos) - 1 (um) por unidade	Sim Não
- oftalmoscópio - 1 (um) por UTI	Sim Não
- otoscópio - 1 (um) por UTI	Sim Não
- aspirador portátil - 1 (um) para cada 10 (dez) leitos	Sim Não
- foco portátil cirúrgico - 1 (um) por UTI	Sim Não
- esfigmomanômetro - 1 (um) para cada 5 (cinco) leitos	Sim Não
- negatoscópio - em quantidade adaptável à unidade	Sim Não
- maca de transporte com cilindro de O2 - 1 (um) para cada 15 (quinze) leitos	Sim Não
- monitor de transporte - 1 (um) para cada 10 (dez) leitos	Sim Não
- ventilador mecânico para transporte - 1 (um) para cada 10 (dez) leitos	Sim Não
- cilindro de O2 para transporte 1 (um) para cada 8 (oito) leitos	Sim Não
- cadeiras de rodas	Sim Não
5.7 Rotinas e Normas de Funcionamento e Atendimento	
5.7.1 A unidade possui rotinas e normas, escritas, atualizadas anualmente e assinadas pelo responsável técnico pela unidade.	Sim Não
5.7.2 As rotinas e normas abordam todos os processos envolvidos na assistência e administração e contemplam os seguintes itens:	Sim Não
a) manutenção preventiva e corretiva de materiais e equipamentos	Sim Não
b) avaliação dos pacientes	Sim Não
c) indicação do procedimento cirúrgico	Sim Não
d) protocolos médico-cirúrgicos	Sim Não
e) protocolos de perfusão	Sim Não
f) protocolos de enfermagem	Sim Não
g) suporte nutricional	Sim Não

h) acompanhamento em fisioterapia e reabilitação funcional	Sim () Não
i) controle de infecção hospitalar	Sim () Não
j) acompanhamento ambulatorial dos pacientes	Sim () Não
k) acompanhamento ambulatorial e registro único dos seus pacientes portadores de marca-passos	Sim () Não
l) tecnovigilância nas complicações de implantes valvares que envolva a remoção da prótese	Sim () Não
m) avaliação de satisfação do cliente	Sim () Não
n) escala dos profissionais em sobreaviso, das referências interinstitucionais e dos serviços terceirizados.	Sim () Não
5.8 Produção do serviço	
5.8.1 O serviço de assistência de alta complexidade em cirurgia cardiovascular realiza, em média, 15 (quinze) atos operatórios mensais ou, no mínimo, 180 (cento e oitenta) anuais de alta complexidade, em pacientes do Sistema Único de Saúde.	Sim () Não
Obs.: No cálculo desta produção não serão computados os implantes ou trocas de marca-passos.	

6- NORMAS ESPECÍFICAS PARA CREDENCIAMENTO EM SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM CIRURGIA CARDIOVASCULAR PEDIÁTRICA

6.1 A unidade dispõe de estrutura física e funcional, além de uma equipe assistencial devidamente qualificada e capacitada para a prestação de assistência aos portadores de doenças cardiovasculares em pacientes com idade até 18 (dezoito) anos.	Sim () Não
6.2 A unidade de assistência de alta complexidade que solicita credenciamento como serviço de assistência de alta complexidade em cirurgia cardiovascular pediátrica possui um serviço de assistência de alta complexidade em procedimentos da cardiologia intervencionista.	Sim () Não
- serviço de assistência de alta complexidade em procedimentos da cardiologia intervencionista (se não for própria, indicar a referência). Serviço: _____ CNPJ: _____	
6.3- Recursos Humanos	
a) O serviço de assistência de alta complexidade em cirurgia cardiovascular pediátrica conta com um responsável técnico, médico com título de especialista em cirurgia cardiovascular reconhecido pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular, ou com certificado de residência médica na especialidade, emitido por programa de residência médica reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC). É recomendável a formação em cirurgia cardiovascular pediátrica.	Sim () Não
Médico Responsável: _____CRM: _____	
b) Esse médico é responsável técnico por um único serviço credenciado pelo Sistema Único de Saúde.	Sim () Não
c) O médico responsável técnico pelo serviço reside no mesmo município ou cidades circunvizinhas do serviço que está solicitando o credenciamento.	Sim () Não
d) A equipe da cirurgia cardiovascular pediátrica conta com, pelo menos, mais um médico com título de especialista em cirurgia cardiovascular, reconhecido pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular, ou com certificado de residência médica na especialidade, emitido por programa de residência médica reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC).	Sim () Não
Médico (título ou MEC) _____CRM: _____	
e) A equipe possui quantitativo suficiente de profissionais para o atendimento ambulatorial, de enfermagem, nas intercorrências clínicas e cirúrgicas do pós-operatório.	Sim () Não
6.4 Exigências para a unidade	
6.4.1 Possui a seguinte Equipe de Saúde Básica:	

a) cardiologia clínica pediátrica: médicos, com título de especialista em cardiologia e área de atuação em cardiologia clínica pediátrica, reconhecido pelo Departamento de Cardiologia Pediátrica da Sociedade Brasileira de Cardiologia e/ou estágio em cardiologia pediátrica, por no mínimo dois anos, em centro reconhecido pelo Departamento de Cardiologia Pediátrica da Sociedade Brasileira de Cardiologia, para atendimento diário e em regime de plantão.	() Sim () Não
Médico Responsável: _____CRM: _____	
b) anestesiologia: médicos com certificado de residência médica e/ou título de especialista em anestesiologia pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia.	() Sim () Não
c) pediatra: médico com título de especialista em pediatria reconhecido pela Sociedade Brasileira de Pediatria ou certificado de residência em pediatria emitido por programa de residência médica reconhecido pelo MEC, para atendimento diário.	() Sim () Não
d) medicina intensiva em pós-operatório de cirurgia cardiovascular pediátrica: médicos com título de especialista em medicina intensiva, com certificado em área de pediatria e/ou neonatologia, reconhecido pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira, ou certificado de residência médica em medicina intensiva, emitido por programa de residência médica, reconhecido pelo MEC, ou médicos com título de especialista em cardiologia, reconhecido pela	() Sim () Não
Sociedade Brasileira de Cardiologia, com área de atuação em cardiopediatria, para atendimento diário, em regime de plantão, desde que sejam mantidos os percentuais de médicos intensivistas, recomendado pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira, conforme o Anexo III, Livro II, Título X, da Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017.	
e) enfermagem: a equipe conta com um enfermeiro coordenador, com especialização em cardiologia reconhecido pelo MEC, ou com certificado de residência em cardiologia reconhecido pelo MEC, ou com título de especialista em enfermagem cardiovascular, reconhecido pela Sociedade Brasileira de Enfermagem Cardiovascular (SOBENC).	() Sim () Não
Enfermeiro Coordenador: _____COREN: _____	
f) Conta ainda com enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem em quantitativo suficiente para o atendimento de enfermagem a saber:	
1 (um) enfermeiro, para cada 8 (oito) leitos reservados para atendimento em alta complexidade, por turno (incluído o enfermeiro coordenador).	() Sim () Não
1 (um) auxiliar de enfermagem (AE) ou técnico em enfermagem (TE) para cada 8 (oito) leitos reservados para atendimento em alta complexidade em cirurgia cardiovascular pediátrica por turno. A proporção mínima de AE/TE recomendada é de 2/1.	() Sim () Não
6.4.2 Possui a seguinte Equipe de Saúde Complementar (apoio multidisciplinar):	
a) A unidade deverá contar, em caráter permanente ou alcançável, com: cirurgião pediátrico, neurologista, pneumologista, endocrinologista e nefrologista, residentes no mesmo município ou cidades circunvizinhas.	() Sim () Não
b) Tem como serviços próprios ou contratados, na mesma área física, os serviços de suporte e profissionais nas seguintes áreas:	
- saúde mental ou psicologia clínica	() Sim () Não
- assistência social	() Sim () Não
- fisioterapia	() Sim () Não
- nutricionista	() Sim () Não
- farmácia	() Sim () Não
- hemoterapia	() Sim () Não
- terapia ocupacional	() Sim () Não
6.5 Materiais e equipamentos:	
6.5.1 A unidade dispõe de todos os materiais e equipamentos necessários, em perfeito estado de conservação e funcionamento, para assegurar a qualidade da assistência aos pacientes, que possibilitem o diagnóstico, tratamento e acompanhamento médico, de enfermagem, fisioterápico, nutricional e dietético.	() Sim () Não
6.5.2 O hospital destina quantitativo de leitos específicos para os pacientes de média e alta complexidade cardiovascular, internações clínicas e cirurgia cardiovascular.	() Sim () Não

6.5.3 O serviço de cirurgia cardiovascular pediátrica conta com centro cirúrgico equipado com 1 (uma) sala eletiva com:	
- colchão térmico	() Sim () Não
- instrumental cirúrgico pediátrico	() Sim () Não
- mesa cirúrgica	() Sim () Não
- desfibrilador com pás externas e internas	() Sim () Não
- marca-passo temporário	() Sim () Não
- oxímetro de pulso	() Sim () Não
- 2 (dois) termômetros termoeletrônicos	() Sim () Não
- 4 (quatro) bombas de infusão, sendo no mínimo 2 (duas) bombas de seringa	() Sim () Não
- controle de coagulação (TCA)	() Sim () Não
- 1 (uma) bomba extracorpórea por sala	() Sim () Não
- capnógrafo	() Sim () Não
- monitor de transporte	() Sim () Não
- monitor de pressão não invasiva, com conjunto de manguitos para as diferentes faixas etárias	() Sim () Não
- monitor de pressão invasiva com, no mínimo, 2 (dois) canais	() Sim () Não
- aquecedor de sangue	() Sim () Não
- respirador com misturador tipo blender microprocessado	() Sim () Não
6.6 Recursos Diagnósticos e Terapêuticos	
a) laboratório de análises clínicas que realiza exames na unidade, disponíveis nas 24 (vinte e quatro) horas do dia:	
- bioquímica	() Sim () Não
- hematologia	() Sim () Não
- microbiologia	() Sim () Não
- gasometria	() Sim () Não
- líquidos orgânicos	() Sim () Não

- uroanálise	() Sim () Não
O laboratório participa de programa de controle de qualidade)	() Sim () Não
b) unidade de imagenologia com:	
- equipamento de RX convencional de 500 mA fixo	() Sim () Não
- equipamento de RX portátil	() Sim () Não
- doppler periférico portátil	() Sim () Não
- ecodopplercardiografia transtorácica	() Sim () Não
- ecodopplercardiografia transesofágica	() Sim () Não
- ultrassonografia com doppler	() Sim () Não
- tomografia computadorizada	() Sim () Não
- ressonância magnética	() Sim () Não
A unidade de imagenologia participa de programa de controle de qualidade	() Sim () Não
c) eletrocardiografia	() Sim () Não
d) holter	() Sim () Não
e) ergometria	() Sim () Não
f) unidade de cardiologia intervencionista	() Sim () Não
g) unidade de Implante de marca-passo	() Sim () Não
h) eletrofisiologia	() Sim () Não
i) O hospital conta com serviço de hemoterapia disponível nas 24 (vinte e quatro) horas do dia, por agência transfusional (AT) ou estrutura de complexidade maior, dentro do que rege a RDC Anvisa nº 151, de 21 de agosto de 2001, publicada no Diário Oficial da União, de 22 de agosto de 2001, ter convênio ou contrato devidamente formalizado de acordo com a mesma resolução	() Sim () Não
- serviço de hemoterapia (se não for própria, indicar a referência) Serviço: _____ CNPJ: _____	
Obs.: Os exames de cardiologia intervencionista, implante de marca-passo, eletrofisiologia, holter , ergometria, ressonância magnética, tomografia computadorizada e ecodopplercardiografia transesofágica poderão ser realizados em serviços de terceiros, instalados dentro ou fora da estrutura ambulatorio-hospitalar do Hospital. Neste caso, a referência deve ser devidamente formalizada de acordo com o que estabelece a Política Nacional de Regulação do Sistema Unico de Saúde.	
- implante de marca-passo (se não for própria, indicar a referência) Serviço: _____ CNPJ: _____	

- serviço de eletrofisiologia (se não for própria, indicar a referência) Serviço: _____ CNPJ: _____	
- holter (se não for própria, indicar a referência) Serviço: _____ CNPJ: _____	
- ergometria (se não for própria, indicar a referência) Serviço: _____ CNPJ: _____	
- ressonância magnética (se não for própria, indicar a referência) Serviço: _____ CNPJ: _____	
- tomografia computadorizada (se não for própria, indicar a referência) Serviço: _____ CNPJ: _____	
- ecodopplercardiografia transesofágica (se não for própria, indicar a referência) Serviço: _____ CNPJ: _____	
j) unidades de tratamento intensivo pediátrica e neonatal credenciadas pelo SUS e classificadas como de Tipo II ou III, de acordo com o Anexo III, Livro II, Título X, da Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017.	() Sim () Não
Conta ainda com os itens específicos da medicina intensiva pós-operatória de cirurgia cardiovascular, conforme descrito a seguir. equipamentos da unidade do paciente pediátrico e/ou neonatal (box ou leito) em pós-operatório de cirurgia cardiovascular pediátrica:	
- berço fowler com grades e rodízios - 50% (cinquenta por cento) dos leitos	() Sim () Não
- monitor multiparamétrico (um por leito) contendo: 1 (um) módulo ECG	() Sim () Não
1 (um) módulo com dois canais de pressão invasiva (em 50% (cinquenta por cento) dos leitos)	() Sim () Não
1 (um) módulo de oximetria de pulso	() Sim () Não
1 (um) módulo de pressão não invasiva	() Sim () Não
- PNI (em 50% (cinquenta por cento) dos leitos)	() Sim () Não
- sistema bolsa-válvula-máscara (ambú) - 1 (um) por leito	() Sim () Não
- bombas de infusão pediátrica - 4 (quatro) para cada leito	() Sim () Não
- estetoscópio - 1 (um) por leito	() Sim () Não
- painel de gases	() Sim () Não
- foco auxiliar	() Sim () Não
equipamentos na unidade de medicina intensiva para pós-operatório de cirurgia cardiovascular pediátrica:	
- carro de emergência com desfibrilador/cardioversor bifásico, dotado de marca-passo transcutâneo, material para intubação e medicação e material para atendimento de emergência - 1 (um) para cada 10 (dez) leitos	() Sim () Não
- balança eletrônica digital adequada ao peso	() Sim () Não

- berço aquecido para neonatos - 40% (quarenta por cento) dos leitos	() Sim () Não
- incubadora com parede dupla - 1 (um) para cada 6 (seis) leitos neonatal	() Sim () Não
- equipamento de fototerapia - 1 (um) para cada 6 (seis) leitos	() Sim () Não
- oftalmoscópio - 1 (um) por UTI	() Sim () Não
- otoscópio - 1 (um) por UTI	() Sim () Não
- aspirador portátil - 1 (um) para cada 20 (vinte) leitos	() Sim () Não
- foco portátil cirúrgico - 1 (um) por UTI	() Sim () Não
- esfigmomanômetro - 1 (um) para cada 5 (cinco) leitos	() Sim () Não
- negatoscópio - em quantidade adaptável à unidade	() Sim () Não
- maca de transporte com cilindro de O2 - 1 (um) para cada 15 (quinze) leitos	() Sim () Não
- monitor de transporte - 1 (um) para cada 10 (dez) leitos	() Sim () Não
- ventilador mecânico para transporte - 1 (um) para cada 10 (dez) leitos	() Sim () Não
- cilindro de O2 para transporte- 1 (um) para cada 8 (oito) leitos	() Sim () Não
- cadeiras de rodas	() Sim () Não
- eletrocardiógrafo portátil - 1 (um) para cada 10 (dez) leitos	() Sim () Não
- gerador de marca-passo externo A-V - 1 (um) para cada 5 (cinco) leitos	() Sim () Não
- respirador mecânico microprocessado - 70% (setenta por cento) do número de leitos	() Sim () Não
- equipamentos para ventilação mecânica não invasiva - 1 (um) para cada 10 (dez) leitos	() Sim () Não
- conjunto de CPAP nasal -1 (um) para cada 4 (quatro) leitos	() Sim () Não
- aparelho de radiologia móvel - 1 (um) por hospital	() Sim () Não
- estufa para aquecimento de soluções - 1 (um) para cada 10 (dez) leitos	() Sim () Não
6.7 Rotinas e Normas de Funcionamento e Atendimento	
6.7.1 A unidade possui rotinas e normas, escritas, atualizadas anualmente e assinadas pelo responsável técnico pela unidade.	() Sim () Não
6.7.2 As rotinas e normas abordam todos os processos envolvidos na assistência e administração e contemplam os seguintes itens:	

a) manutenção preventiva e corretiva de materiais e equipamentos	Sim () Não
b) avaliação dos pacientes	Sim () Não
c) indicação do procedimento cirúrgico	Sim () Não
d) protocolos médico-cirúrgicos	Sim () Não
e) protocolos de enfermagem	Sim () Não
f) protocolos de perfusão e assistência cardiocirculatória em cardiopediatria	Sim () Não
g) suporte nutricional	Sim () Não
h) acompanhamento em fisioterapia e reabilitação funcional	Sim () Não
i) controle de infecção	Sim () Não
j) acompanhamento ambulatorial dos pacientes	Sim () Não
k) acompanhamento ambulatorial e registro único dos seus pacientes portadores de marca-passos;	Sim () Não
l) tecnovigilância nas complicações de implantes valvares que envolva a remoção da prótese	((Sim () Não
m) avaliação de satisfação do cliente	Sim () Não
n) escala dos profissionais em sobreaviso, das referências interinstitucional e dos serviços terceirizados	Sim () Não
6.8 Produção do serviço	
6.8.1 O serviço de assistência de alta complexidade em cirurgia cardiovascular pediátrica realiza, em média, 10 (dez) atos operatórios mensais ou, no mínimo, 120 (cento e vinte) anuais em alta complexidade, em pacientes do Sistema Único de Saúde.	Sim () Não
Obs.: No cálculo desta produção não serão computados os implantes ou trocas de marca-passos.	

7- NORMAS ESPECÍFICAS PARA CREDENCIAMENTO EM "SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM PROCEDIMENTOS DA CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA"

7.1 A unidade de estrutura física e funcional além de uma equipe assistencial devidamente qualificada e capacitada para a prestação de assistência aos portadores de doenças do sistema cardiovascular.	Sim () Não
7.2 A unidade de assistência de alta complexidade que solicita credenciamento como serviço de assistência de alta complexidade em procedimentos da cardiologia intervencionista possui um serviço de assistência de alta complexidade em cirurgia cardiovascular ou cirurgia cardiovascular pediátrica e conta com médico cirurgião vascular.	Sim () Não
7.3 Recursos Humanos:	
a) O serviço de assistência de alta complexidade em procedimentos da cardiologia intervencionista conta com um responsável técnico, médico com certificado em área de atuação em hemodinâmica e cardiologia intervencionista, reconhecido pela Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista.	Sim () Não
Médico Responsável _____ CRM: _____	
b) Esse médico é responsável técnico por um único serviço credenciado pelo Sistema Único de Saúde.	Sim () Não

c) O médico responsável técnico pelo serviço reside no mesmo município ou cidades circunvizinhas do serviço que está solicitando o credenciamento.	() Sim () Não
d) A equipe da especialidade da cardiologia intervencionista conta com, pelo menos, mais um médico com certificado em área de atuação em hemodinâmica e cardiologia intervencionista, reconhecido pela Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista.	() Sim () Não
Médico (área de atuação): _____ CRM: _____	
e) A equipe possui quantitativo suficiente para o atendimento de enfermaria, intercorrências clínicas e cirúrgicas do pós-operatório e ambulatório	() Sim () Não
f) O serviço de assistência de alta complexidade em procedimentos da cardiologia intervencionista conta ainda com um quantitativo suficiente para o atendimento de enfermaria, nas intercorrências clínicas e cirúrgicas pós-procedimentos.	() Sim () Não
g) O serviço de assistência de alta complexidade em procedimentos da cardiologia intervencionista conta com plantão, em caráter sobreaviso, para o atendimento nas 24 (vinte e quatro) horas na totalidade de sua estrutura.	() Sim () Não
7.4 Exigências para a unidade	
7.4.1 Possui a seguinte Equipe de Saúde Básica:	
a) cardiologia clínica: médicos com título de especialista em cardiologia reconhecido pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, ou certificado de residência médica em cardiologia, emitido por programa de residência médica reconhecido pelo MEC, para atendimento diário e em regime de plantão.	() Sim () Não
b) anestesiologia: médicos com certificado de residência médica ou título de especialista em anestesiologia pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia.	() Sim () Não
c) Enfermagem: A equipe conta com um enfermeiro coordenador, com especialização em cardiologia reconhecido pelo MEC, ou com certificado de residência em cardiologia reconhecido pelo MEC, ou com título de especialista em enfermagem cardiovascular, reconhecido pela Sociedade Brasileira de Enfermagem Cardiovascular (SOBENC).	() Sim () Não
Enfermeiro Coordenador: _____COREN:_____	
d) conta ainda com enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem em quantitativo suficiente para o atendimento de enfermaria a saber:	
1 (um) enfermeiro para cada 10 (dez) leitos da sala de recuperação e 1 (um) enfermeiro para o serviço de procedimentos de cardiologia intervencionista, por turno (incluído o enfermeiro coordenador);	() Sim () Não
1 (um) auxiliar de enfermagem (AE) ou técnico em enfermagem (TE) para cada 4 (quatro) leitos da sala de recuperação em atendimentos de alta complexidade em procedimentos da cardiologia intervencionista, por turno.	() Sim () Não
e) técnico em radiologia ou tecnólogo: com experiência e treinamento adequados para operar os equipamento de radiodiagnóstico de angiografia. Conhecer os princípios físicos das radiações e medidas de proteção e ser credenciado no Conselho Técnico de Radiologia (CONTER).	() Sim () Não
O quantitativo suficiente para o atendimento a saber:	
1 (um) técnico em radiologia ou tecnólogo com experiência em hemodinâmica.	() Sim () Não
7.4.2 Possui a seguinte Equipe de Saúde Complementar (apoio multidisciplinar)	
a) A unidade conta, em caráter permanente ou alcançável, com: com cirurgião vascular e cirurgião geral, residentes no mesmo município ou cidades circunvizinhas.	() Sim () Não
7.5 Instalações Físicas:	
7.5.1 Além do estabelecido no Item 4 deste Anexo, as áreas físicas da unidade se enquadram:	
a) RDC Anvisa nº 330, de 20 de dezembro de 2019, que estabelece os requisitos sanitários para a organização e o funcionamento de serviços de radiologia diagnóstica ou intervencionista, e regulamenta o controle das exposições médicas, ocupacionais e do público decorrentes do uso de tecnologias radiológicas diagnósticas ou intervencionistas.	() Sim () Não
7.6 Materiais e equipamentos:	
7.6.1 A unidade dispõe de todos os materiais e equipamentos necessários, em perfeito estado de conservação e funcionamento, para assegurar a qualidade da assistência aos pacientes, que possibilitem o diagnóstico, tratamento e acompanhamento médico e de enfermagem.	() Sim () Não
7.6.2 O hospital destina quantitativo de leitos específicos para os pacientes de média e alta complexidade cardiovascular.	() Sim () Não
7.6.- O serviço de assistência de alta complexidade em procedimentos da cardiologia intervencionista possui:	
- equipamento de hemodinâmica fixo com as seguintes características mínimas:	

a) capacidade de aquisição de imagem digital em tempo real.	Sim () Não
b) resolução: matriz 512X512X8 bites a 30 quadros/segundo.	Sim () Não
c) armazenamento de longo prazo das imagens: CD ou filme 35mm.	Sim () Não
- polígrafo de no mínimo 3 (três) derivações de ECG e 2 (dois) canais de pressão com possibilidade de registro simultâneo	Sim () Não
- bomba injetora de contraste	Sim () Não
- aparelho de coagulação por TCA na sala de hemodinâmica	Sim () Não
- oxímetro de pulso	Sim () Não
- monitor de pressão invasiva de 2 (dois) canais, 1 (um) por sala	Sim () Não
- equipamento para cálculo de débito cardíaco	Sim () Não
- Material para reanimação cardiorespiratória e desfibrilador externo	Sim () Não
- marca-passo temporário, 1 (um) por sala	Sim () Não
7.7 Recursos Diagnósticos e Terapêuticos:	
a) laboratório de análises clínicas que realiza exames na unidade, disponíveis nas 24 (vinte e quatro) horas do dia:	
- bioquímica	Sim () Não
- hematologia	Sim () Não
- microbiologia	Sim () Não
- gasometria	Sim () Não
- líquidos orgânicos	Sim () Não
- uroanálise	Sim () Não
O laboratório participa de programa de controle de qualidade	Sim () Não
b) unidade de imagenologia com:	
- equipamento de RX convencional de 500 mA fixo	Sim () Não
- equipamento de RX portátil	Sim () Não
- doppler periférico portátil	Sim () Não

- ecodopplercardiografia transtorácica ou transesofágica	Sim () Não
- ultrassonografia com doppler	Sim () Não
- tomografia computadorizada	Sim () Não
- ressonância magnética	Sim () Não
A unidade de imagenologia participa de programa de controle de qualidade	Sim () Não
c) O hospital conta com serviço de hemoterapia disponível nas 24 (vinte e quatro) horas do dia, por agência transfusional (AT) ou estrutura de complexidade maior, dentro do que rege a RDC Anvisa nº 151, de 21 de agosto de 2001, publicada no Diário Oficial da União, de 22 de agosto de 2001, ter convênio ou contrato devidamente formalizado de acordo com a mesma resolução	Sim () Não
- serviço de hemoterapia (se não for própria, indicar a Referência) Serviço: _____ CNPJ: _____	
d) unidade de tratamento intensivo credenciada pelo SUS e classificada como de Tipo II ou III, de acordo com o Anexo III, Livro II, Título X, da Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017.	Sim () Não
7.8 - Rotinas e Normas de Funcionamento e Atendimento:	
7.8.1 A unidade possui rotinas e normas, escritas, atualizadas anualmente e assinadas pelo responsável técnico pela unidade.	Sim () Não
7.8.2 As rotinas e normas abordam todos os processos envolvidos na assistência e administração e contemplam os seguintes itens:	Sim () Não
a) manutenção preventiva e corretiva de materiais e equipamentos	Sim () Não
b) avaliação dos pacientes	Sim () Não
c) indicação do procedimento hemodinâmico	Sim () Não
d) protocolos assistenciais em procedimento sem cardiologia intervencionista	Sim () Não
e) protocolos de enfermagem	Sim () Não
f) controle de infecção hospitalar	Sim () Não
g) acompanhamento ambulatorial dos pacientes	Sim () Não
h) tecnovigilância nas complicações de implantes	Sim () Não
i) avaliação de satisfação do cliente	Sim () Não
j) escala dos profissionais em sobreaviso, das referências interinstitucional e dos serviços terceirizados	Sim () Não
7.9 Produção do serviço:	
7.9.1 O serviço de assistência de alta complexidade em procedimentos da cardiologia intervencionista realiza, em média, 12 (doze) procedimentos terapêuticos em cardiologia intervencionista mensais ou, no mínimo, 144 (cento e quarenta e quatro) anuais de alta complexidade, em pacientes do Sistema Único de Saúde.	Sim () Não
Obs.: No cálculo desta produção não serão computados os estudos hemodinâmicos ambulatoriais.	

8 - NORMAS ESPECÍFICAS PARA CREDENCIAMENTO EM SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM CIRURGIA VASCULAR

8.1 A unidade dispõe de estrutura física e funcional além de uma equipe assistencial devidamente qualificada e capacitada para a prestação de assistência aos portadores de doenças do sistema cardiovascular.	() Sim () Não
8.2 A unidade de assistência de alta complexidade que solicita credenciamento como serviço de assistência de alta complexidade em cirurgia cardiovascular possui um serviço de angioradiologia.	() Sim () Não
8.3 Recursos Humanos	
a) O serviço de assistência de alta complexidade em cirurgia vascular conta com um responsável técnico, médico com título de especialista em angiologia e cirurgia vascular reconhecido pela Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular, ou com certificado de residência médica na especialidade, emitido por programa de residência médica reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC).	() Sim () Não
Médico Responsável: _____ CRM: _____	
b) Esse médico é responsável técnico por um único serviço credenciado pelo Sistema Único de Saúde.	() Sim () Não
c) O médico responsável técnico pelo serviço reside no mesmo município ou cidades circunvizinhas do serviço que está solicitando o credenciamento.	() Sim () Não
d) A equipe da cirurgia vascular conta com, pelo menos, mais um médico com título de especialista em angiologia e cirurgia vascular reconhecido pela Sociedade Brasileira Angiologia e Cirurgia Vascular, ou com certificado de residência médica na especialidade, emitido por programa de residência médica reconhecido pelo Ministério da Educação.	() Sim () Não
Médico (título ou MEC) _____ CRM: _____	
e) A equipe possui quantitativo suficiente para o atendimento de enfermagem, intercorrências clínicas e cirúrgicas do pós-operatório e ambulatório	() Sim () Não
f) O serviço conta ainda com médico angiorradiologista ou radiologista intervencionista, com título de especialista pelo CBR/AMB (SOBRICE) ou cirurgião vascular com certificado de habilitação com área de atuação em cirurgia endovascular da SBACV/CBR/AMB.	() Sim () Não
Médico (com título) _____ CRM: _____ Especialidade: _____	
8.4 Exigências para a unidade	
8.4.1 Possui a seguinte Equipe de Saúde Básica:	
a) cardiologia clínica: médicos com título de especialista em cardiologia reconhecido pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, certificado de residência médica em cardiologia, emitido por programa de residência médica reconhecido pelo MEC, para atendimento diário e em regime de plantão.	() Sim () Não
b) angiologista ou vascular: médicos com especialização ou título de especialista em angiologia e/ou cirurgia vascular ou certificado de residência médica reconhecido pelo MEC.	() Sim () Não
c) anestesiologia: médico com certificado de residência médica ou título de especialista em anestesiologia pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia.	() Sim () Não
d) enfermagem: a equipe conta com um enfermeiro coordenador, com especialização em cardiologia reconhecido pelo MEC, ou com certificado de residência em cardiologia reconhecido pelo MEC, ou com título de especialista em enfermagem cardiovascular, reconhecido pela Sociedade Brasileira de Enfermagem Cardiovascular (SOBENC).	() Sim () Não
Enfermeiro Coordenador: _____ COREN: _____	
e) conta ainda com enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem em quantitativo suficiente para o atendimento de enfermagem a saber:	
1 (um) enfermeiro para cada 18 (dezoito) leitos reservados para atendimento em alta complexidade, por turno.	() Sim () Não
1 (um) auxiliar de enfermagem (AE) ou técnico em enfermagem (TE) para cada 8 (oito) leitos reservados para atendimento em alta complexidade em cirurgia vascular, por turno. A proporção mínima AE/TE recomendada é de 2/1.	() Sim () Não
8.4.2 Possui a seguinte Equipe de Saúde Complementar (apoio multidisciplinar)	
a) A unidade conta, em caráter permanente ou alcançável, com: cirurgião geral, endocrinologista, neurologista e cirurgião plástico, residentes no mesmo município ou cidades circunvizinhas.	() Sim () Não
b) Tem, como serviços próprios ou contratados de suporte, serviços e profissionais nas seguintes áreas:	() Sim () Não

a) saúde mental ou psicologia clínica	Sim Não
b) assistência social	Sim Não
c) fisioterapia	Sim Não
d) nutricionista	Sim Não
e) farmácia	Sim Não
f) hemoterapia	Sim Não
8.5 Materiais e equipamentos:	
8.5.1 A unidade dispõe de todos os materiais e equipamentos necessários, em perfeito estado de conservação e funcionamento, para assegurar a qualidade da assistência aos pacientes, que possibilitem o diagnóstico, tratamento e acompanhamento médico, de enfermagem, fisioterápico, nutricional e dietético.	Sim Não
8.5.2 O hospital destina quantitativo de leitos específicos para os pacientes de média e alta complexidade vascular, internações clínicas e cirurgia vascular.	Sim Não
8.5.3 O serviço possui os seguintes materiais e equipamentos mínimos na especialidade cirurgia vascular equipado com:	
- desfibrilador externo	Sim Não
- marca-passo temporário	Sim Não
- monitor de pressão invasiva, portátil ou modular	Sim Não
- oxímetro de pulso	Sim Não
- 4 (quatro) bombas de infusão, no mínimo	Sim Não
- aparelho para controle de coagulação por TCA;	Sim Não
- doppler portátil	Sim Não
8.6 - Recursos Diagnósticos e Terapêuticos:	
a) laboratório de análises clínicas que realiza exames na unidade, disponíveis nas 24 (vinte e quatro) horas do dia:	
- bioquímica	Sim Não
- hematologia	Sim Não
- microbiologia	Sim Não
- gasometria	Sim Não
- líquidos orgânicos	Sim Não

- uroanálise	() Sim () Não
O laboratório participa de programa de controle de qualidade	() Sim () Não
b) unidade de imagenologia com:	
- equipamento de RX convencional de 500 mA fixo	() Sim () Não
- equipamento de RX portátil	() Sim () Não
- doppler periférico portátil	() Sim () Não
- ecodopplercardiografia transtorácica ou transesofágica	() Sim () Não
- ultrassonografia com doppler	() Sim () Não
- tomografia computadorizada	() Sim () Não
- ressonância magnética	() Sim () Não
A unidade de imagenologia participa de programa de controle de qualidade	() Sim () Não
c) unidade de angiorradiologia no ambiente do hospital	() Sim () Não
d) unidade própria ou conveniada de anatomia patológica, para realização de exames de citologia, histologia, anátomo-patologia de peças cirúrgicas	() Sim () Não
- Serviço de Anatomia Patológica (se não for própria, indicar a referência) Serviço: _____ CNPJ:_____	
Obs.: Os exames de ressonância magnética e ecodopplercardiografia transesofágica poderão ser realizados em serviços de terceiros, instalados dentro ou fora da estrutura ambulatorio-hospitalar do hospital. Neste caso, a referência deve em ser devidamente formalizada de acordo com o que estabelece a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde.	
- ressonância magnética (se não for própria, indicar a referência) Serviço: _____ CNPJ:_____	
- ecodopplercardiografia transesofágica (se não for própria, indicar a referência) Serviço: _____ CNPJ: _____	
e) unidade de tratamento intensivo credenciada pelo SUS e classificada como de Tipo II ou III, de acordo com o Anexo III, Livro II, Título X, da Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017.	() Sim () Não
8.7 Rotinas e Normas de Funcionamento e Atendimento	
8.7.1 A unidade possui rotinas e normas escritas, atualizadas anualmente e assinadas pelo responsável técnico pela unidade.	() Sim () Não
8.7.2 As rotinas e normas abordam todos os processos envolvidos na assistência e administração e contemplam os seguintes itens:	
a) manutenção preventiva e corretiva de materiais e equipamentos	() Sim () Não
b) avaliação dos pacientes	() Sim () Não
c) indicação do procedimento cirúrgico	() Sim () Não

d) protocolos médico-cirúrgicos	Sim () Não
e) protocolos de enfermagem	Sim () Não
f) suporte nutricional	Sim () Não
g) controle de Infecção hospitalar	Sim () Não
h) acompanhamento ambulatorial dos pacientes	Sim () Não
i) tecnovigilância nas complicações de implantes, que envolva remoção da prótese	Sim () Não
j) avaliação de satisfação do cliente	Sim () Não
k) escala dos profissionais em sobreaviso, das referências interinstitucional e dos serviços terceirizados	Sim () Não
8.8 Produção do serviço	
8.8.1 O serviço de assistência de alta complexidade em cirurgia vascular realiza, em média, 15 (quinze) atos operatórios mensais ou, no mínimo, 180 (cento e oitenta) anuais de alta complexidade, em pacientes do Sistema Único de Saúde.	Sim () Não

9 NORMAS PARA CREDENCIAMENTO EM SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM CIRURGIA ENDOVASCULAR EXTRACARDÍACA

9.1 A unidade dispõe de estrutura física e funcional além de uma equipe assistencial devidamente qualificada e capacitada para a prestação de assistência aos portadores de doenças do sistema cardiovascular.	Sim () Não
9.2 A unidade de assistência de alta complexidade que solicita credenciamento como serviço de assistência de alta complexidade em cirurgia endovascular extracardiáca possui um serviço de assistência de alta complexidade em cirurgia vascular.	Sim () Não
9.3 Recursos Humanos	
a) O serviço de assistência de alta complexidade em cirurgia endovascular extracardiáca conta com um responsável técnico pelo serviço, preferencialmente, cirurgião vascular ou radiologista intervencionista com área de atuação em procedimentos endovasculares, reconhecida pelas Sociedade Brasileira Angiologia e de Cirurgia Vascular e/ou Sociedade Brasileira de Radiologia Intervencionista e Cirurgia Endovascular (CBR).	Sim () Não
Médico Responsável: _____CRM: _____ Especialidade: _____	
Obs.: Na ausência de profissional com esta área de atuação, o responsável técnico poderá ser cirurgião cardiovascular ou cardiologista intervencionista, com os respectivos títulos de especialistas das Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular ou Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista.	
b) Esse médico é responsável técnico por um único serviço credenciado pelo Sistema Único de Saúde.	Sim () Não
c) O médico responsável técnico pelo serviço reside no mesmo município ou cidades circunvizinhas do serviço que está solicitando o credenciamento.	Sim () Não
d) A equipe da cirurgia endovascular conta com, pelo menos, mais um médico com título de especialista da Sociedade Brasileira Angiologia e Cirurgia Vascular ou Sociedade Brasileira de Radiologia Intervencionista e Cirurgia Endovascular ou Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular ou Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista.	Sim () Não
Médico (com título): _____CRM: _____ Especialidade: _____	
9.4 Exigências para a unidade	
9.4.1 Possui a seguinte Equipe de Saúde Básica:	
a) clínica médica: médico com título de especialista em clínica médica, para atendimento diário e em regime de plantão.	Sim () Não

b) anestesiologia: médico com certificado de residência médica ou título de especialista em anestesiologia pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia.	() Sim () Não
c) enfermagem: a equipe conta com um enfermeiro coordenador, com especialização em cardiologia reconhecido pelo MEC, ou com certificado de residência em cardiologia reconhecido pelo MEC, ou com título de especialista em enfermagem cardiovascular, reconhecido pela Sociedade Brasileira de Enfermagem Cardiovascular (SOBENC).	() Sim () Não
Enfermeiro Coordenador: _____COREN:_____	
d) Conta ainda com enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem em quantitativo suficiente para o atendimento de enfermagem a saber:	
1 (um) enfermeiro para cada 14 (quatorze) leitos reservados para atendimento em sala de recuperação hemodinâmica e/ou em unidade de internação, por turno.	() Sim () Não
1 (um) auxiliar de enfermagem (AE) ou técnico de enfermagem (TE) para cada 8 (oito) leitos reservados para atendimento em alta complexidade em cirurgia vascular, por turno. A proporção mínima AE/TE recomendada é de 2/1.	() Sim () Não
e) técnico em radiologia ou tecnólogo: com experiência e treinamento adequados para operar os equipamento de radiodiagnóstico de angiografia. Conhecer os princípios físicos das radiações e medidas de proteção e ser credenciado no Conselho Técnico de Radiologia (CONTER).	() Sim () Não
O quantitativo suficiente para o atendimento a saber:	
1 (um) técnico em radiologia ou tecnólogo com experiência em angioradiologia.	() Sim () Não
9.4.2 Possui a seguinte Equipe de Saúde Complementar (Apoio multidisciplinar):	
a) A unidade conta, em caráter permanente ou alcançável, com: equipe auxiliar composta por médicos com experiência profissional em procedimentos endovasculares e pelo menos um cirurgião cardiovascular e/ou cirurgião vascular com experiência em cirurgia cardiovascular e cirurgia vascular, respectivamente, com o respectivo título de especialista para esta especialidade, residentes no mesmo município ou cidades circunvizinhas.	() Sim () Não
b) Tem, como serviços, próprios ou contratados, os serviços de suporte e profissionais nas seguintes áreas:	
a) patologia clínica	() Sim () Não
b) anatomia patológica	() Sim () Não
c) farmácia	() Sim () Não
d) hemoterapia	() Sim () Não
e) pronto atendimento das urgências / emergências funcionando nas 24 (vinte e quatro) horas do dia	() Sim () Não
f) serviço social	() Sim () Não
g) nutricionista	() Sim () Não
h) fisioterapeuta	() Sim () Não
i) ambulatório de acompanhamento do pacientes submetidos a procedimentos endovasculares	() Sim () Não
9.5- Instalações Físicas:	
9.5.1 Além do estabelecido no Item 4 deste Anexo, as áreas físicas da unidade se enquadram:	
a) RDC Anvisa nº 330, de 20 de dezembro de 2019, que estabelece os requisitos sanitários para a organização e o funcionamento de serviços de radiologia diagnóstica ou intervencionista, e regulamenta o controle das exposições médicas, ocupacionais e do público decorrentes do uso de tecnologias radiológicas diagnósticas ou intervencionistas.	() Sim () Não
9.6 Materiais e equipamentos:	

9.6.1 A unidade dispõe de todos os materiais e equipamentos necessários, em perfeito estado de conservação e funcionamento, para assegurar a qualidade da assistência aos pacientes, que possibilitem o diagnóstico, tratamento e acompanhamento médico, de enfermagem, fisioterápico, nutricional e dietético.	() Sim () Não
9.6.2 O hospital destina quantitativo de leitos específicos para os pacientes de média e alta complexidade em procedimentos endovasculares extracardiácos.	() Sim () Não
9.6.3 A Sala de Procedimentos Endovasculares é equipada com:	
- equipamento de angiografia com subtração digital, matriz mínima de 1024X1024 na aquisição e processamento, anodo rotatório e subtração com roadmap ou equipamento móvel com as mesmas características	() Sim () Não
- bomba injetora de contraste	() Sim () Não
- equipamento para anestesia	() Sim () Não
- material e equipamentos de reanimação cardiorrespiratória	() Sim () Não
- marca-passo temporário	() Sim () Não
- monitor de pressão invasiva portátil ou modular	() Sim () Não
- oximetria de pulso	() Sim () Não
- 2 (duas) bombas de infusão	() Sim () Não
- equipamento de TCA	() Sim () Não
O centro cirúrgico conta com pelo menos uma sala cirúrgica, equipada com materiais e equipamentos básicos para cirurgias vasculares, bem como equipamento de circulação extracorpórea, na situação de tratamento de doença da aorta torácica.	() Sim () Não
9.7 Recursos Diagnósticos e Terapêuticos	
a) laboratório de análises clínicas que realiza exames na unidade, disponíveis nas 24 (vinte e quatro) horas do dia:	
- bioquímica	() Sim () Não
- hematologia	() Sim () Não
- microbiologia	() Sim () Não
- gasometria	() Sim () Não
- líquidos orgânicos	() Sim () Não
- uroanálise	() Sim () Não
O laboratório participa de programa de controle de qualidade	() Sim () Não
b) unidade de imagenologia com:	
- equipamento de RX convencional de 500 mA fixo	() Sim () Não

- equipamento de RX portátil	() Sim () Não
- doppler periférico portátil	() Sim () Não
- ecodopplercardiografia transtorácica ou transesofágica	() Sim () Não
- ulltrassonografia com doppler	() Sim () Não
- tomografia computadorizada	() Sim () Não
- ressonância magnética	() Sim () Não
A unidade de imagenologia participa de programa de controle de qualidade	() Sim () Não
c) unidade de angiorradiologia no ambiente do hospital	() Sim () Não
d) O hospital conta com serviço de hemoterapia disponível nas 24 (vinte e quatro) horas do dia, por agência transfusional (AT) ou estrutura de complexidade maior, dentro do que rege RDC Anvisa nº 151, de 21 de agosto de 2001, publicada no Diário Oficial da União, de 22 de agosto de 2001, e ter convênio ou contrato devidamente formalizado de acordo com a mesma resolução	() Sim () Não
- serviço de hemoterapia (se não for própria, indicar a referência) Serviço: _____ CNPJ:_____	
e) unidade de endoscopia digestiva	() Sim () Não
f) unidade própria ou conveniada de anatomia patológica, para realização de exames de citologia, histologia, anátomo-patologia de peças cirúrgicas	() Sim () Não
- serviço de anatomia patológica (se não for própria, indicar a referência) Serviço: _____ CNPJ:_____	
Obs.: Os exames de ecodopplercardiografia, ressonância, angiorressonância e de endoscopia digestiva poderão ser realizados em serviços de terceiros, instalados dentro ou fora da estrutura ambulatorio-hospitalar do hospital. Neste caso, a referência deve ser devidamente formalizada de acordo com o que estabelece a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde.	
- ecodopplercardiografia, ressonância (se não for própria, indicar a referência) Serviço:_____ CNPJ: _____	
- angiorressonância (se não for própria, indicar a referência) Serviço: _____ CNPJ: _____	
- endoscopia digestiva (se não for própria, indicar a referência) Serviço: _____ CNPJ: _____	
g) unidade de tratamento intensivo credenciada pelo SUS e classificada como de Tipo II ou III, de acordo com o Anexo III, Livro II, Título X, da Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017.	() Sim () Não
9.8 Rotinas e Normas de Funcionamento e Atendimento:	
9.8.1 A unidade possui rotinas e normas escritas, atualizadas anualmente e assinadas pelo responsável técnico pela unidade.	() Sim () Não
9.8.2 As rotinas e normas abordam todos os processos envolvidos na assistência e administração e contemplam os seguintes itens:	
a) manutenção preventiva e corretiva de materiais e equipamentos	() Sim () Não
b) avaliação dos pacientes	() Sim () Não

c) indicação do procedimento cirúrgico	Sim () Não
d) protocolos médico-cirúrgicos e de procedimentos endovasculares extracardiácos	Sim () Não
e) protocolos de enfermagem	Sim () Não
f) suporte nutricional	Sim () Não
g) controle de infecção hospitalar	Sim () Não
h) acompanhamento ambulatorial dos pacientes	Sim () Não
i) tecnovigilância nas complicações de implantes que envolvam remoção da prótese	Sim () Não
j) avaliação de satisfação do cliente	Sim () Não
k) escala dos profissionais em sobreaviso, das referências interinstitucionais e dos serviços terceirizados	Sim () Não
9.9 Produção do serviço	
9.9.1 O serviço de assistência de alta complexidade em cirurgia endovascular extracardiáca realiza, em média, 10 (dez) atos operatórios mensais ou, no mínimo, 120 (cento e vinte) anuais de alta complexidade, em pacientes do Sistema Único de Saúde.	Sim () Não

10 - NORMAS ESPECÍFICAS PARA CREDENCIAMENTO EM SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM LABORATÓRIO DE ELETROFISIOLOGIA

10.1 A unidade dispõe de estrutura física e funcional além de uma equipe assistencial devidamente qualificada e capacitada para a prestação de assistência aos portadores de doenças do sistema cardiovascular.	Sim () Não
10.2 A unidade de assistência de alta complexidade que solicita credenciamento como serviço de assistência de alta complexidade em laboratório de eletrofisiologia possui um serviço de assistência de alta complexidade em procedimentos da cardiologia intervencionista e um serviço de assistência de alta complexidade em cirurgia cardiovascular.	Sim () Não
10.3 Recursos Humanos	
a) O serviço de assistência de alta complexidade em laboratório de eletrofisiologia conta com um responsável técnico, médico com título de especialista, com área de atuação em eletrofisiologia, habilitado pelo Departamento de Arritmias e Eletrofisiologia Clínica (DAEC) da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC)	Sim () Não
Médico Responsável: _____CRM: _____	
b) Esse médico é responsável técnico por um único serviço credenciado pelo Sistema Único de Saúde.	Sim () Não
c) O médico responsável técnico pelo serviço reside no mesmo município ou cidades circunvizinhas do serviço que está solicitando o credenciamento.	Sim () Não
d) A equipe de eletrofisiologia conta, preferencialmente, com mais um médico com certificado na área de atuação em eletrofisiologia, habilitado pelo Departamento de Arritmias e eletrofisiologia Clínica (DAEC) da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC).	Sim () Não
Médico Responsável _____CRM: _____ Especialidade: _____	
Obs.: Na ausência deste, poderá ser um cardiologista com título de especialista pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC).	
e) conta com quantitativo suficiente para o atendimento de enfermaria, intercorrências clínicas e cirúrgicas do pós-operatório e 1 (um) ambulatório semanal.	Sim () Não
10.4 Exigências para a unidade	
10.4.1 Possui a seguinte Equipe de Saúde Básica:	

a) cardiologia clínica: médicos, cardiologista auxiliar, com treinamento em eletrofisiologia com certificado de residência médica, especialização ou título de especialista em clínica cardiológica para atendimento diário e em regime de sobreaviso.	() Sim () Não
b) anesthesiologista: médicos com certificado de residência médica ou título de especialista em anesthesiologia pela Sociedade Brasileira de Anesthesiologia.	() Sim () Não
c) enfermagem: a equipe conta com um enfermeiro coordenador, com especialização em cardiologia reconhecido pelo MEC, ou com certificado de residência em cardiologia reconhecido pelo MEC, ou com título de especialista em enfermagem cardiovascular, reconhecido pela Sociedade Brasileira de Enfermagem Cardiovascular (SOBENC).	() Sim () Não
Enfermeiro Coordenador: _____COREN:_____	
d) Conta ainda com enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem em quantitativo suficiente para o atendimento de enfermagem a saber:	
1 (um) enfermeiro para cada 10 (dez) leitos da sala de recuperação e 1 (um) enfermeiro para o serviço de procedimentos em cardiologia intervencionista, por turno (incluído o enfermeiro coordenador);	() Sim () Não
1 (um) auxiliar de enfermagem (AE) ou técnico em enfermagem (TE) para cada 4 (quatro) leitos da sala de recuperação em atendimentos de alta complexidade em procedimentos da cardiologia intervencionista, por turno	() Sim () Não
e) técnico em radiologia ou tecnólogo: com experiência e treinamento adequados para operar os equipamento de radiodiagnóstico de angiografia. Conhecer os princípios físicos das radiações e medidas de proteção e ser credenciado no Conselho Técnico de Radiologia (CONTER).	() Sim () Não
O quantitativo suficiente para o atendimento a saber:	
1 (um) técnico em radiologia ou tecnólogo, por serviço, com experiência em eletrofisiologia.	() Sim () Não
10.4.2 Possui a seguinte Equipe de Saúde Complementar (apoio multidisciplinar):	
a) A unidade conta, em caráter permanente ou alcançável, com cirurgião vascular, residente no mesmo município ou cidades circunvizinhas	() Sim () Não
b) conta com ambulatório de arritmia	() Sim () Não
10.5 Instalações Físicas:	
10.5.1 Além do estabelecido no Item 4 deste Anexo, as áreas físicas da unidade se enquadram:	
a) RDC Anvisa nº 330, de 20 de dezembro de 2019, que estabelece os requisitos sanitários para a organização e o funcionamento de serviços de radiologia diagnóstica ou intervencionista, e regulamenta o controle das exposições médicas, ocupacionais e do público decorrentes do uso de tecnologias radiológicas diagnósticas ou intervencionistas.	() Sim () Não
10.6- Materiais e equipamentos:	
10.6.1- A unidade dispõe de todos os materiais e equipamentos necessários, em perfeito estado de conservação e funcionamento, para assegurar a qualidade da assistência aos pacientes, que possibilitem o diagnóstico, tratamento e acompanhamento médico e de enfermagem.	() Sim () Não
10.6.2- O hospital destina quantitativo de leitos em hospital dia e/ou de internação, específicos para os pacientes de alta complexidade em cardiovascular.	() Sim () Não
10.6.3 O laboratório de eletrofisiologia possui os seguintes materiais/equipamentos mínimos:	
a) equipamento de fluoroscopia em arco cirúrgico ou similar	() Sim () Não
b) estimulador cardíaco	() Sim () Não
c) marca-passo temporário	() Sim () Não
d) sistema de monitorização de eletrocardiogramas periféricos e intracardíacos de, no mínimo, 18 (dezoito) canais simultâneos e, opcionalmente, com sistema de mapeamento eletroanatômico	() Sim () Não
e) sistema gerador de energia	() Sim () Não
f) desfibriladores externos (mínimo de dois)	() Sim () Não

g) material e equipamento para reanimação cardiorrespiratória	Sim () Não
10.7 Recursos Diagnósticos e Terapêuticos	
a) laboratório de análises clínicas que realiza exames na unidade, disponíveis nas 24 (vinte e quatro) horas do dia:	
- bioquímica	Sim () Não
- hematologia	Sim () Não
- gasometria	Sim () Não
O laboratório participa de programa de controle de qualidade	Sim () Não
b) unidade de imagenologia com:	
- equipamento de RX convencional de 500 mA fixo	Sim () Não
- equipamento de RX portátil	Sim () Não
- doppler periférico portátil	Sim () Não
- ecodopplercardiografia transtorácica ou transesofágica	Sim () Não
- ultrassonografia com doppler	Sim () Não
- tomografia computadorizada	Sim () Não
- ressonância magnética	Sim () Não
A unidade de imagenologia participa de programa de controle de qualidade	Sim () Não
c) O hospital conta com Serviço de hemoterapia disponível nas 24 (vinte e quatro) horas do dia, por agência transfusional (AT) ou estrutura de complexidade maior, dentro do que rege a RDC Anvisa nº 151, de 21 de agosto de 2001, publicada no Diário Oficial da União, de 22 de agosto de 2001, e ter convênio ou contrato devidamente formalizado de acordo com a mesma resolução	Sim () Não
- serviço de hemoterapia (se não for própria, indicar a referência) Serviço: _____ CNPJ:_____	
Obs.: Os exames de ressonância magnética poderão ser realizados em serviços de terceiros, instalados dentro ou fora da estrutura ambulatorio-hospitalar do hospital. Neste caso, a referência deve ser devidamente formalizada de acordo com o que estabelece a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde.	
- ressonância magnética (se não for própria, indicar a referência) Serviço:_____ CNPJ:_____	
d) unidade de tratamento intensivo credenciada pelo SUS e classificada como de Tipo II ou III, de acordo com o Anexo III, Livro II, Título X, da Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017.	Sim () Não
10.8 Rotinas e Normas de Funcionamento e Atendimento:	
10.8.1 A unidade possui rotinas e normas escritas, atualizadas anualmente e assinadas pelo responsável técnico pela unidade.	Sim () Não
10.8.2 As rotinas e normas abordam todos os processos envolvidos na assistência e administração e contemplam os seguintes itens:	

a) manutenção preventiva e corretiva de materiais e equipamentos	() Sim () Não
b) avaliação dos pacientes	() Sim () Não
c) indicação do procedimento	() Sim () Não
d) protocolos assistenciais em eletrofisiologia cardíaca	() Sim () Não
e) protocolos de enfermagem	() Sim () Não
f) controle de infecção hospitalar	() Sim () Não
g) acompanhamento ambulatorial dos pacientes	() Sim () Não
h) avaliação de satisfação do cliente	() Sim () Não
10.9 Produção do Serviço	
10.9.1 Os serviços de assistência de alta complexidade em laboratório de eletrofisiologia, devem realizar, no mínimo, 60 (sessenta) procedimentos anuais de alta complexidade em pacientes do Sistema Único de Saúde.	() Sim () Não

INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Anexar cópia dos títulos/comprovantes de experiência dos profissionais e cópia dos documentos de formalização de referência com os serviços.	
INTERESSE DO GESTOR ESTADUAL NO CREDENCIAMENTO : ----- ----- -----	
CONCLUSÃO: De acordo com vistoria realizada in loco , a Instituição cumpre com os requisitos vigentes para o(s) credenciamento(s) solicitado(s).	() Sim () Não
DATA: _____ CARIMBO E ASSINATURA DO GESTOR: _____	

ANEXO VIII

B - FORMULÁRIO PARA VISTORIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

(Origem: Anexo 2-B da PRT SAS/MS 210/2004)

(Esse formulário não deve ser modificado e/ou substituído)

UNIDADES DE ASSISTÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE CARDIOVASCULAR

NOME DA UNIDADE(*): _____

CNPJ: _____

Endereço: _____

Município: _____ UF: _____

CEP: _____ Telefones () _____ Fax: () _____

E-mail: _____

DIRETOR TÉCNICO: _____

Telefones: () _____ Fax: () _____

E-mail: _____

GESTOR: _____

Telefones: () _____ Fax: () _____

E-mail: _____

TIPO DE PRESTADOR (NATUREZA):	TIPO DE ASSISTÊNCIA:
() Federal	() Ambulatorial
() Estadual	() Internação
() Municipal	() Urgência/Emergência aberta
() Filantrópico	() Urgência/Emergência referida
() Privado	
() Próprio	

Atividades de Ensino e Pesquisa:
() Unidade Universitária
() Unidade Escola Superior Isolada
() Unidade Auxiliar de Ensino
() Unidade sem Atividade de Ensino

Entrevistados:

_____ Cargo/Função: _____

_____ Cargo/Função: _____

Entrevistadores (delegados):

_____ Função _____

_____ Função _____

_____ Função _____

(*) ANEXAR ORGANOGRAMA DA UNIDADE

1. AMBULATÓRIO DESTINADO À ÁREA CARDIOVASCULAR
Frequência mensal em atendimento / possibilidade real de atendimentos possíveis para o SUS: Nos Ambulatórios Clínicos: Cardiologia Geral:_____/_____ Doença Aterosclerótica:_____/_____ Cardiologia Pediátrica:_____/_____ Arritmias:_____/_____ Valvares:_____/_____ Acompanhamento Arritmias:_____/_____ Acompanhamento Marca-passos:_____/_____ Nos Ambulatórios Cirúrgicos: Cirurgia Cardiovascular:_____/_____ Cirurgia Cardiovascular Pediátrica:_____/_____ Cirurgia Vascular:_____/_____ Cirurgia Endovascular:_____/_____ NÚMERO DE CONSULTÓRIOS Nos Ambulatórios Clínicos (salas/consultórios): Cardiologia Geral:_____ Cardiologia Pediátrica:_____ Doença Aterosclerótica:_____ Arritmias:_____ Valvares:_____ Acompanhamento Marca-passos:_____ Acompanhamento Arritmias:_____ Nos Ambulatórios Cirúrgicos (salas/consultórios): Cirurgia Cardíaca:_____ Cirurgia Cardíaca Pediátrica:_____ Cirurgia Vascular:_____ Cirúrgica Endovascular:_____

2. SERVIÇO DE IMAGEM (em funcionamento)
Anotar no parêntese: U (na unidade) ou R (referenciado por convênio ou contrato - nome da entidade) () Rx < 500Ma () Rx = ou >500Ma () Rx transportável maior que 50 mA () Rx transportável até 50mA () Intensificador de Imagem (no centro cirúrgico) () Ultra-sonografia () Ressonância Magnética: _____

9. APOIO MULTIDISCIPLINAR (quantitativo)					
Especialidade	Rotina	Alcançável	Especialidade	Rotina	Alcançável
Cardiologista:			Enfermeiro:		
Cardiologista Pediátrico					
Anestesiologista:			Auxiliar de Enfermagem:		
Cirurgião Geral:			Técnico em Radiologia:		
Fisiatra:			Nutricionista:		
Terapeuta Ocupacional					
Assistente Social:					
Farmacêutico:					

10. COMISSÃO DE ÉTICA
Existência: () Sim () Não
Média de Convocações por Ano: _____

11. COMISSÃO DE ÓBITO
() Clínico () Anátomo-Patologista () Cardiologista
() Enfermeiro () Patologista Clínico
() Outros/Especificar:_____
Reunião da Comissão (Participantes)
()Toda a Comissão () Parte da Comissão () Equipe de Saúde envolvida no óbito
Rotina da Análise
() Todos os óbitos são analisados na reunião
() Todos os óbitos são analisados por alguém da comissão e apenas alguns escolhidos para serem vistos na reunião
() Somente são analisados os óbitos em que o êxito letal foi inesperado
() Não há análise rotineira de óbitos

12. PRONTUÁRIO MÉDICO
Preenchimento adequado (escolher aleatoriamente 10 prontuários)
() Existência de Comissão de Prontuário () Avaliação Contínua do Prontuário
() Histórico e Exame Físico () Descrição de Cirurgia
() Prescrição () Relatório de Anestesia
() Codificação por médico assistente do CID 10 e código de procedimento
() Resumo de Alta
() Codificação por terceiros () Laudo médico para emissão de AIH
() Evolução médica e de enfermagem () Ficha Comissão Infecção
Conclusão: () Suficiente () Insuficiente (Sugerir correções)

13. INTERNAÇÃO
Condições dos Leitos para Cardiovascular
Enfermarias exclusivas (número de leitos): _____
Enfermarias não exclusivas (número de leitos): _____
Leitos para Hospital-Dia (número): _____
Leitos de repouso no Ambulatório: _____
Leitos exclusivos para Alta Complexidade (número): _____
Climatização das Enfermarias: Boa () Disposição dos leitos: Boa ()
Regular () Regular ()
Sofrível () Sofrível ()
14. CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR
COMPOSIÇÃO COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR
ATO DE NOMEAÇÃO (Publicação, composição e data):
() Cirurgião Intervene () Clínico () Aux. Enfermagem () Residente
() Enfermeiro () Infectologista () Patologista Clínico () Administrador
() Microbiologista () Pediatra () Anestesiologista () Farmacêutico
TIPO DE ATUAÇÃO (Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares)

COLETA DE DADOS () Comunicação Imediata () Busca Ativa Hospitalar () Busca ativa pós-alta
APURAÇÃO DE TAXAS: () Taxa de Infecção Hospitalar Global () Taxa de Infecção Cirúrgica () Taxa de Infecção Comunitária () Taxa de Infecção não Cirúrgica sem Procedimento
() Taxa de Infecção não Cirúrgica com Procedimentos () Taxa de Infecção por Procedimentos () Taxa de Infecção por Topografia
AVALIAÇÃO DOS DADOS () Reunião Periódica com Ata (anexar cópia da última) Periodicidade dos Relatórios:
COMUNICAÇÃO: () Dos relatórios às Chefias de Serviço e Direção do Hospital () Dos relatórios à Direção do Hospital () Dos relatórios aos Gestores (CCIH do Município, Estado e Min.Saúde) () Sistema de Notificação de Infecções Comunitárias geradas em outros Hospitais
ROTINAS IMPLANTADAS () Antibioticoterapia profilática () Rotina de Limpeza Hospitalar () Política de uso racional de antimicrobianos e germicidas () Cooperação Farmácia - Ações Terapêuticas
() Controle da Lavanderia Hospitalar () Controle do Lixo e Resíduos Hospitalares () Capacitação de profissionais na Prevenção e Controle das Infecções Hospitalares () Lavagem das Mãos (rotina e distribuição adequada de unidades ou pias de lavagem de mãos)
() Rotina de Biossegurança (descarte de material perfuro-cortante e encaminhamento referendado de acidentados com material biológico)
PESO NA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR () Decisão Tomada = Medida Administrativa Adotada () Decisão Tomada = Medida Negociada () Decisão Tomada = Execução Parcial () Decisão Tomada = Pouca Consideração

15. AVALIAÇÃO ESPECÍFICA: CIRURGIA CARDIOVASCULAR		
1. Equipe Médica		
Nome	Residência Médica MEC	Título Especialista
Chefe de Serviço (Responsável Técnico) Dr.		
Equipe Dr.		
Dr.		
Dr.		
Dr.		

2. Procedimentos Executáveis		
	Capacidade técnica de execução	Existência de Protocolos
PROCEDIMENTOS ALTA COMPLEXIDADE SIH (UNIDADES DE ALTA COMPLEXIDADE)		
Doenças da Aorta		
Coronária		
Valculares		
Marca-passo		
Troca de Gerador e ou eletrodos		
PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE E ALTO CUSTO SIH (CENTROS DE REFERÊNCIA)		
Implante de marca-passo cardíaco multissítio		
Implante de cardiodesfibrilador		
Implante de cardiodesfibrilador multissítio		
Troca de Gerador e ou eletrodos		

16. AVALIAÇÃO ESPECÍFICA: CIRURGIA CARDIOVASCULAR PEDIÁTRICA
1. Equipe Médica

Nome	Residência Médica MEC	Título Especialista
Chefe de Serviço (Responsável Técnico) Dr.		
Equipe Dr.		
Dr.		
Dr.		
Dr.		
Dr.		

2. Procedimentos Executáveis - Cintura Escapular, Ombro e Cotovelo		
	Capacidade técnica de execução	Existência de Protocolos
PROCEDIMENTOS ALTA COMPLEXIDADE SIH (UNIDADES DE ALTA COMPLEXIDADE)		
Congênitos com CEC		
Congênitos sem CEC		
Cirurgia Corretiva		
Cirurgia Paliativa		

17. AVALIAÇÃO ESPECÍFICA: CIRURGIA VASCULAR		
1. Equipe Médica		
Nome	Residência Médica MEC	Título Especialista
Chefe de Serviço (Responsável Técnico) Dr.		
Equipe Dr.		
Dr.		
Dr.		
Dr.		
Dr.		

2. Procedimentos Executáveis		
	Capacidade técnica de execução	Existência de Protocolos
PROCEDIMENTOS CIRURGIA VASCULAR ALTA COMPLEXIDADE (UNIDADES DE ALTA COMPLEXIDADE)		
Cirurgias da Aorta		
Cirurgia de Carótida		
Cirurgia Vascular Periférica		
Cirurgia do Sistema Venoso		
PROCEDIMENTOS ALTA COMPLEXIDADE E ALTO CUSTO CIRURGIA VASCULAR (CENTROS DE REFERÊNCIA)		
Troca de Aorta Descendente, incluindo abdominal		
Aneurismectomia Toraco-Abdominal		
Transplante de Segmento Venoso Valculado		
Transposição de Veias do Sistema Venoso profundo		
Valvuloplastias do Sistema Venoso profundo		

18. AVALIAÇÃO ESPECÍFICA: CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA		
1. Equipe Médica		
Nome	Residência Médica MEC	Título Especialista
Chefe de Serviço (Responsável Técnico) Dr.		
Equipe Dr.		

Dr.		
Dr.		
Dr.		
Dr.		

2. Procedimentos Executáveis		
	Capacidade técnica de execução	Existência de Protocolos
PROCEDIMENTOS ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL (UNIDADES ALTA COMPLEXIDADE)		
Cateterismo Diagnóstico		
Angioplastia		
Angioplastia com stent		
Angioplastia Primária		
Procedimentos Intervencionistas outros		
PROCEDIMENTOS CARDIOL. INTERV. ALTA COMPLEXIDADE E ALTO CUSTO (CENTROS DE REFERÊNCIA)		
Valculoplastia Mitral Percutânea		
Valculoplastia Tricúspede Percutânea		
Angioplastia da Aorta e ramos e Vasos Venosos com cateter balão		
Angioplastia da Aorta, Artéria Pulmonar e ramos e Vasos Venosos c/cateter balão, c/ stent não recoberto		
Fechamento percutâneo do canal arterial ou fístulas arteriovenosas c/ " coils " liberação controlada		

19. AVALIAÇÃO ESPECÍFICA: CIRURGIA ENDOVASCULAR		
1. Equipe Médica		
Nome	Residência Médica MEC	Título Especialista
Chefe de Serviço (Responsável Técnico) Dr.		
Equipe Dr.		
Dr.		
Dr.		
Dr.		
Dr.		

2. Procedimentos Executáveis		
	Capacidade técnica de execução	Existência de Protocolos
PROCEDIMENTOS ALTA COMPLEXIDADE ENDOVASCULAR (UNIDADES DE ALTA COMPLEXIDADE)		
Angioplastia Intraluminal		
AngioplastiaIntraluminal com Implante não recoberto		
Angioplastia Intraluminal com Implante recoberto		
Colocação Percutanea de Filtro de Veia Cava na Trombose Venosa periférica e Embolia Pulmonar		
Embolizações		
PROCEDIMENTOS ALTA COMPLEXIDADE E ALTO CUSTO (CENTROS DE REFERÊNCIA)		
Angioplastia Intraluminal dos Vasos do Pescoço ou Tronco Supra-aórtico		
Angioplastia Intraluminal dos Vasos do Pescoço ou Tronco Supra-aórtico com Implante não recoberto		
Angioplastia Intraluminal dos Vasos do Pescoço ou Tronco Supra-aórtico com implante recoberto		

Angioplastia Intraluminal com Implante de prótese Endovascular Trans-hepático		
Correção Endovascular de Aneurisma ou Dissecção da Aorta com Implante		
Ocusão percutânea endovascular		

20. AVALIAÇÃO ESPECÍFICA: LABORATÓRIO DE ELETROFISIOLOGIA	
1. Equipe Médica	
Nome	Habilitação pelo DAEC
Chefe de Serviço (Responsável Técnico) Dr.	
Equipe Dr.	
Dr.	
Dr.	

2. Procedimentos Executáveis		
	Capacidade técnica de execução	Existência de Protocolos
PROCEDIMENTOS DE UNIDADES DE ALTA COMPLEXIDADE		
Estudo Eletrofisiológico Diagnóstico		
Estudo Eletrofisiológico Diagnóstico e Terapêutico		

21 - AVALIAÇÃO DO DIRETOR DA UNIDADE / CHEFE DE SERVIÇO
1. CONHECENDO AS CONDIÇÕES TÉCNICAS DA UNIDADE QUE CHEFIO E AS EQUIPES TÉCNICAS QUE NELA PRESTAM ATENDIMENTO DA ÁREA CARDIOVASCULAR ESPECIALIZADA, INFORMO QUE A UNIDADE TEM CONDIÇÕES E DISPONIBILIDADE DE PRESTAR ATENDIMENTO AO PACIENTE CARDIOVASCULAR DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS,
SEGUNDO O PADRÃO ASSINALADO:
() Atendimento por especialista, com capacidade de realizar procedimentos de média complexidade (tabela SUS de média complexidade)
() Atendimento por especialista com formação específica, com capacidade de realizar procedimentos de alta complexidade
() Cirurgia cardiovascular
() Cirurgia cardiovascular pediátrica
() Cirurgia vascular
() Hemodinâmica
() Endovascular
() Eletrofisiologia
2. DECLARO AUTÊNTICAS AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTE CADASTRO.
----- Assinatura do Diretor ou Chefe de Serviço (carimbo-CRM)

22. INTERESSE COMUNITÁRIO POR ÁREA DE ALTA COMPLEXIDADE			
	Cardíaca	Pediátrica	Vascular
Necessário. Único em 500 km			
Necessário. Único em 100 km			
Necessário. Embora haja outros na área			
Importância técnica como Centro de Alta Complexidade			
Importância política como Centro de Alta Complexidade			
	Hemodinâmica	Endovascular	Eletrofisiologia
Necessário. Único em 500 km			
Necessário. Único em 100 km			
Necessário. Embora haja outros na área			
Importância técnica como Centro de Alta Complexidade			
Importância política como Centro de Alta Complexidade			

23. OPINIÃO DE OUTROS CIRURGIÕES OU INTERVENCIÓNISTAS PRESIDENTE REGIONAL E MAIS UM MEMBRO DA DIRETORIA E OUTROS PROFISSIONAIS NÃO PERTENCENTES À UNIDADE			
ENTREVISTADO	RECOMENDOU	INDIFERENTE	NÃO RECOMENDOU

24. CONSIDERAÇÕES ESPECÍFICAS (DETALHES A SEREM DESTACADOS E COMPLEMENTAÇÕES- USAR NÚMERO DO ITEM)	
ITEM	ANOTAÇÕES

CONCLUSÕES DOS DELEGADOS

ÁREA	SUFICIENTE	SUFICIENTE COM RESSALVAS *	INSUFICIENTE	NÃO SOLICITADA
CIRURGIA CARDIOVASCULAR				
CIRURGIA CARD. PEDIÁTRICA				
CIRURGIA VASCULAR				
CARDIOLOGIA INTERVENCIÓNISTA				
CIRURGIA ENDOVASCULAR				
LABORATÓRIO DE ELETROFISIOLOGIA				

COMENTÁRIOS/ Observações relativas à Unidade:

Assinatura do Delegado Assinatura do Delegado Assinatura do Delegado

ANEXO IX

NORMAS DE CLASSIFICAÇÃO, CREDENCIAMENTO E HABILITAÇÃO DE UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM NEUROCIRURGIA E CENTROS DE REFERÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM NEUROLOGIA

(Origem: Anexo 1 da PRT SAS/MS 756/2005)

1 NORMAS GERAIS DE CREDENCIAMENTO E HABILITAÇÃO

1.1 Planejamento/Distribuição das Unidades

1.1 As secretarias de saúde dos estados deverão estabelecer um planejamento regional hierarquizado para formar uma rede estadual e/ou regional de assistência ao paciente neurológico, composta por unidade de assistência de alta complexidade em neurocirurgia e centros de referência de alta complexidade em neurologia, com seus serviços, que seja responsável pela assistência aos portadores de doenças do sistema nervoso e que necessitem ser submetidos aos procedimentos classificados como de alta complexidade, alta tecnologia e alto custo.

1.1 A Coordenação-Geral de Atenção Especializada, do Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET), definirá a população de abrangência de cada serviço de assistência de alta complexidade em neurocirurgia.

1.2 Processo de Credenciamento e Habilitação

Entende-se por credenciamento de unidade de assistência de alta complexidade em neurocirurgia o ato do respectivo gestor estadual ou municipal de saúde de contratar/conveniar, para que preste serviços de média e alta complexidade ao SUS, o hospital cadastrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) que atenda as exigências para realizar os procedimentos definidos como de alta complexidade, após ter sido identificada a necessidade de complementar a oferta de serviços, em consonância com a programação, visando a ampliação da atenção à saúde a sua população.

Entende-se por habilitação de unidade de assistência de alta complexidade em neurocirurgia como o ato do gestor federal de autorizar um estabelecimento de saúde, já credenciado do SUS, a realizar procedimentos constantes das tabelas do SUS vinculados a normalizações específicas.

Entende-se por autorização para atuar como centro de referência de alta complexidade em neurologia o licenciamento pelo Ministério da Saúde da unidade de assistência de alta complexidade em neurocirurgia que cumpra as exigências constantes no art. 30, II e no art. 32, indicado pelo respectivo gestor estadual do SUS.

As exigências relativas aos serviços estão contidas a seguir:

1.2.1 a abertura de qualquer unidade de assistência de alta complexidade em neurocirurgia deverá ser precedida de consulta ao gestor do SUS, de nível municipal e estadual, sobre as normas vigentes, a necessidade de sua criação e a possibilidade de credenciamento e habilitação do mesmo.

1.2.2 uma vez concluída a fase de planejamento/distribuição das unidades de assistência de alta complexidade em neurocirurgia, conforme estabelecido no item 1.1, e confirmada a necessidade do credenciamento e habilitação e, conduzido o processo de seleção pelo gestor do SUS, este deverá ser formalizado pela secretaria de saúde do estado, ou do município, de acordo com a divisão de responsabilidades.

1.2.3 O Processo de Credenciamento e habilitação deverá ser instruído com:

a) preenchimento do formulário A de credenciamento e habilitação, conforme modelo constante no Anexo X;

b) documentação comprobatória do cumprimento das exigências estabelecidas por este Anexo;

c) relatório de vistoria: a vistoria deverá ser realizada in loco pelo gestor responsável pela formalização do processo de credenciamento e habilitação, que avaliará as condições de funcionamento da unidade para fins de credenciamento e habilitação: área física, recursos humanos, responsabilidade técnica e demais exigências estabelecidas na Seção II do Capítulo I do Título II;

d) parecer conclusivo do gestor: manifestação expressa, firmada pelo Secretário da Saúde, em relação ao credenciamento e habilitação. No caso de processo formalizado por secretaria municipal de saúde, deverá constar, além do parecer do respectivo gestor municipal, o parecer do gestor estadual do SUS correspondente, que será responsável pela integração da unidade à rede estadual e a definição dos fluxos de referência e contrarreferência dos pacientes;

e) manifestação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), aprovando o credenciamento da unidade, bem como a informação do impacto financeiro para o custeio da mesma.

1.2.4 Uma vez emitido o parecer a respeito do credenciamento e habilitação pelo(s) gestor(es) do SUS e se o mesmo for favorável, o processo ficará na posse do gestor do SUS, disponível ao Ministério da Saúde para fins de supervisão e auditoria.

1.2.5 A secretaria de estado da saúde encaminhará à Coordenação-Geral de Atenção Especializada, do Departamento de Atenção Especializada e Temática, da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, o Anexo X devidamente preenchido e assinado pelo secretário de estado da saúde.

1.2.6 O Ministério da Saúde avaliará o Anexo X encaminhado pela secretaria de estado da saúde através da Coordenação-Geral de Atenção Especializada, do Departamento de Atenção Especializada e Temática, da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. A aprovação do credenciamento, se necessário, estará vinculada à vistoria in loco pelo Ministério da Saúde. As sociedades científicas respectivas poderão, se necessário, ser convidadas a participar dos processos de vistoria.

1.2.7 Caso a avaliação do credenciamento e habilitação seja favorável, a Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES) tomará as providências para a publicação da habilitação.

1.2.8 O Ministério da Saúde encaminhará à secretaria de estado da saúde o relatório da vistoria para conhecimento, manifestação e providências, e posterior deliberação pela Comissão Intergestores Biparte da unidade federada.

1.3 Registro das Informações do Paciente

A unidade de assistência de alta complexidade em neurocirurgia deve possuir um prontuário único para cada paciente, que inclua todos os tipos de atendimento a ele referente (ambulatorial, internação, pronto atendimento e emergência), contendo as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento. Os prontuários deverão estar devidamente ordenados no serviço de arquivo médico. Informações indispensáveis e mínimas do prontuário:

- a) identificação do paciente;
- b) histórico clínico, exame físico-neurológico, escalas de avaliação neurológica (Glasgow e Hunt-Hess, etc.);
- c) avaliação inicial, de acordo com o protocolo estabelecido;
- d) indicação do procedimento cirúrgico;
- e) descrição do ato cirúrgico ou procedimento, em ficha específica contendo:
 - identificação da equipe;
 - descrição cirúrgica, incluindo os materiais usados e seus respectivos registros nacionais, para controle e rastreamento dos implantes.
- f) descrição da evolução;
- g) sumário da alta hospitalar;
- h) ficha de registro de infecção hospitalar (CCIH);
- i) evolução ambulatorial.

1.4 Estrutura Assistencial

As unidades de assistência de alta complexidade e os centros de referência de alta complexidade em neurologia deverão oferecer assistência especializada e integral, por ações diagnósticas e terapêuticas, aos pacientes com doenças neurológicas, atuando nas modalidades assistenciais neurológicas e neurocirúrgicas de alta complexidade ou alta tecnologia e alto custo, para as quais foram credenciadas e habilitadas.

Dentro deste espectro de ações diagnósticas e terapêuticas faz-se ainda necessário que:

- a) atenda em regime de urgência/emergência referida, que funcione nas 24 (vinte e quatro) horas, os pacientes que necessitem de procedimentos para qual foi credenciada mediante termo de compromisso firmado com o gestor local do SUS;
- b) promova atendimento ambulatorial em neurologia e neurocirurgia, conforme o estabelecido na rede de atenção pelo gestor, mediante termo de compromisso firmado entre as partes, no qual deverá constar a quantidade de consultas eletivas a serem ofertadas, com base no parâmetro de 500 (quinhentas) consultas/mês, de acordo com as necessidades definidas pelo gestor local;
- c) assegure atenção pós-operatória continuada a todos pacientes que sejam submetidos a ações terapêuticas neurointervencionistas e/ou neurocirúrgicas na unidade;
- d) oferte número de exames de diagnose e terapia, abaixo relacionados, em neurologia para cada conjunto de 150 (cento e cinquenta) procedimentos de alta complexidade, a serem ofertados mediante termo de compromisso firmado com o gestor local do SUS;

Exame	Número exames/mês
Eletrocardiograma	100
Ecodoppler Arterial	60
Eletroneuromiografia	50

e) promova através da reabilitação, suporte e acompanhamento através de procedimentos específicos, a melhoria das condições físicas e psicológicas do paciente, atuando no preparo pré-operatório ou como complemento pós-cirúrgico no sentido da restituição da sua capacidade funcional;

f) integre-se a outras unidades assistenciais ao sistema de referência e contrarreferência hierarquizado pelas secretarias de saúde;

g) desenvolva ou participe na prevenção e detecção precoce de doenças neurológicas, de maneira articulada com os programas e normas definidas pelo Ministério da Saúde, secretaria de saúde do estado ou município.

1.5 Recursos Humanos

1.5.1 Equipe Básica:

a) a unidade de assistência de alta complexidade deve contar com um responsável técnico, médico com título de especialista em neurocirurgia, sendo que a habilitação pode ser comprovada por certificado de residência médica reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC), título de especialista da Associação Médica Brasileira (AMB) ou registro no cadastro de especialistas dos respectivos Conselhos Federal e regionais de Medicina. O médico responsável técnico poderá assumir a responsabilidade técnica por uma única unidade credenciada pelo Sistema Único de Saúde, devendo residir no mesmo município ou cidades circunvizinhas. Poderá, entretanto, atuar como profissional em um outro serviço cadastrado pelo SUS.

b) a unidade de assistência de alta complexidade deverá contar ainda com, no mínimo, mais dois médicos neurocirurgiões com título de especialista, sendo que a habilitação pode ser comprovada por certificado de residência médica reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC), título de especialista da Associação Médica Brasileira (AMB) ou registro no cadastro de especialistas dos respectivos Conselhos Federal e regionais de Medicina.

c) neurologia clínica: médico com título de especialista em neurologia, sendo que a habilitação pode ser comprovada por certificado de residência médica reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC), título de especialista da Associação Médica Brasileira (AMB) ou registro no cadastro de especialistas dos respectivos Conselhos Federal e regionais de Medicina, para atendimento diário e em regime de plantão.

d) enfermagem: a equipe deve contar com um enfermeiro coordenador, com experiência mínima de 1 (um) ano em serviço de neurocirurgia e ainda com enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem em quantitativo suficiente para o atendimento de enfermagem, a saber:

- 1 (um) enfermeiro, para cada 14 (quatorze) leitos reservados para atendimento em alta complexidade, por turno (incluído o enfermeiro coordenador);

- 1 (um) auxiliar de enfermagem (AE) ou técnico em enfermagem (TE) no mínimo para cada 6 (seis) leitos.

e) fisioterapia: a equipe deve contar com um fisioterapeuta, por turno.

1.5.2 Equipe de Saúde Complementar (apoio multidisciplinar):

A unidade deverá contar, em caráter permanente, com: clínico geral, cirurgião geral, residentes no mesmo município ou cidade circunvizinha.

Deverá ter, próprios ou contratados, os serviços e respectivos profissionais nas seguintes áreas:

a) psiquiatria ou psicologia clínica;

b) serviço social;

c) serviço de nutrição;

d) farmácia;

e) anatomia patológica;

f) medicina física e reabilitação;

g) fonoaudiologia;

h) hemoterapia; e

i) radioterapia.

Os serviços relativos às alíneas "e", "f", "g", "h" e "i" podem ser prestados em serviços instalados fora da estrutura hospitalar da unidade, com referência devidamente formalizada. A farmácia hospitalar deverá obedecer às normas estabelecidas na RDC Anvisa nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, ou outra que venha a alterá-la ou substituí-la.

No caso de serviços contratados, instalados dentro ou fora da estrutura hospitalar da unidade, as referências devem ser devidamente formalizadas.

1.6 Instalações Físicas

As áreas físicas da unidade deverão possuir alvará de funcionamento e se enquadrar nos critérios e normas estabelecidos pela legislação em vigor, ou outros ditames legais que as venham substituir ou complementar, a saber:

a) RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, e de outras que vierem a complementá-la, alterá-la ou substituí-la;

b) RDC nº 222, de 28 de março de 2018, que regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências.

1.7 Materiais e Equipamentos

A unidade deverá dispor de todos os materiais e equipamentos necessários, em perfeito estado de conservação e funcionamento, para assegurar a qualidade da assistência aos pacientes, que possibilitem o diagnóstico, tratamento e acompanhamento médico, de enfermagem, fisioterápico, nutricional e dietético.

A unidade deve contar com centro cirúrgico equipado, com no mínimo, 1 (uma) sala cirurgia, contendo os seguintes itens:

a) 1 (um) foco cirúrgico;

b) 1 (uma) mesa cirúrgica articulada;

c) 1 (uma) mesa auxiliar com rodízios (40x60x90 cm);

d) 1 (um) gerador mono e bipolar;

e) 1 (um) microscópio cirúrgico;

f) 1 (um) suporte de crânio, tipo ferradura, três pontos (pinos);

g) instrumental neurocirúrgico para procedimentos em coluna e crânio;

h) aparelhagem para brocagem neurocirúrgica de alta rotação (Drill);

i) halo para tração cervical;

j) instrumental neurocirúrgico para microcirurgia (brocas automáticas, saca-bocados retos e curvos, Kerrington, pinças de disco retas e curvas, afastador e distrator cervical tipo Caspar e lombar tipo Taylor, espéculos nasais e curetas para cirurgia de hipófise transesfenoidal, microdissectores e microtesouras, afastador autoestáticos tipo Leyla, Cushing);

k) material de anestesia adequado, monitores, 1 (um) capnógrafo e um 1 (um) aspirador elétrico a vácuo portátil;

l) intensificador de imagem;

m) laboratório de neuropatologia, para os serviços de alta complexidade dos tumores do sistema nervoso.

1.8 Recursos Diagnósticos e Terapêuticos

A unidade deverá dispor dos seguintes recursos diagnósticos e terapêuticos dentro da estrutura hospitalar:

a) laboratório de análises clínicas que realize exames na unidade, disponível nas 24 (vinte e quatro) horas do dia: bioquímica, hematologia, microbiologia, gasometria, líquidos orgânicos e uroanálise. O laboratório deverá participar de programa de controle de qualidade;

b) serviço de imagenologia (radiologia, ultrassonografia, tomografia, angiografia digital e ressonância magnética);

c) eletroencefalograma;

d) eletroneuromiografia;

e) anatomia patológica;

f) hemoterapia disponível nas 24 (vinte e quatro) horas do dia, por agência transfusional (AT) ou estrutura de complexidade maior, dentro do que rege RDC Anvisa nº 34, de 11 de junho de 2014, que dispõe sobre as boas práticas no ciclo do sangue, ou outra que venha a alterá-la ou substituí-la;

g) unidade de tratamento intensivo credenciada pelo SUS, de acordo com o Anexo III, Livro II, Título X, da Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, contando ainda com os itens específicos da medicina intensiva pós-operatória de neurologia e neurocirurgia, conforme descrito a seguir:

- 2 (duas) bombas de infusão por leito;

- 1 (um) oxímetro de pulso a cada leito;

- 1 (um) sistema de ventilação não invasiva (BIPAP);

- 1 (um) ventilador com blender para cada leito;

- 1 (um) ventilador volumétrico para cada dois leitos;

- 1 (um) monitor de pressão não-invasivo para cada leitos, com no mínimo 3 (três) canais;

- 1 (um) monitor para leitura pressão intracraniana;

- 1 (um) capnógrafo;

h) serviço de radioterapia.

Obs.: Os exames de ressonância magnética, angiografia digital e eletroneuromiografia, bem como a assistência em radioterapia, poderão ser realizados em serviços instalados dentro ou fora da estrutura hospitalar. Neste caso, a referência deve ser devidamente formalizada de acordo com o que estabelece a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde.

1.9 Rotinas e Normas de Funcionamento e Atendimento

A unidade deve possuir rotinas e normas escritas, atualizadas anualmente e assinadas pelo responsável técnico pela unidade.

As rotinas e normas devem abordar todos os processos envolvidos na assistência e administração e contemplar os seguintes itens:

a) manutenção preventiva e corretiva de materiais e equipamentos;

b) normatizações de indicações cirúrgicas;

c) protocolos de enfermagem;

d) protocolo de suporte nutricional;

e) protocolo para acompanhamento em fisioterapia e reabilitação funcional;

f) controle de infecção hospitalar (CCIH);

g) acompanhamento ambulatorial dos pacientes;

h) avaliação de satisfação do cliente;

i) escala dos profissionais em sobreaviso, das referências interinstitucionais e dos serviços terceirizados.

1.10 Produção do serviço

Cada unidade de assistência de alta complexidade em neurocirurgia deve realizar anualmente, no mínimo, 150 (cento e cinquenta) procedimentos de alta complexidade em pacientes do Sistema Único de Saúde.

A avaliação do volume de prestação de serviços será realizada anualmente. A unidade que não alcançar o mínimo de procedimentos cirúrgicos nos últimos 12 (doze) meses será auditada no sentido da continuidade ou não do credenciamento/habilitação.

1.11 Manutenção do credenciamento /habilitação

A manutenção do credenciamento /habilitação estará condicionada:

a) ao cumprimento continuado, pela unidade, das normas estabelecidas na Seção II do Capítulo I do Título II;

b) à avaliação, por meio da realização de auditorias periódicas ou recomendadas pela SAES, executadas pela secretaria de saúde sob cuja gestão esteja a unidade. Os relatórios gerados, incluindo avaliações anuais, qualitativas e quantitativas dos serviços produzidos, deverão ser encaminhados a Coordenação-Geral de Atenção Especializada, do Departamento de Atenção Especializada e Temática, da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde para análise.

1.12 Normas Específicas para Credenciamento e Habilitação em Serviço de Assistência de Alta em Neurocirurgia da Dor e Funcional, além das estabelecidas nos itens anteriores

1.12.1. Recursos Humanos

A equipe básica deverá contar, em caráter permanente, com endocrinologista e terapeuta ocupacional.

1.12.2. Materiais e equipamentos

A unidade deverá constar com:

- a) equipamento de estereotaxia;
- b) equipamento de radiofrequência e ou criocoagulação;
- c) equipamento de estimulação elétrica transoperatória.

1.12.3. Recursos Diagnósticos e Terapêuticos

- a) radiologia;
- b) odontologia;
- c) neurofisiologia clínica;
- d) laboratório de avaliação funcional.

2 NORMAS ESPECÍFICAS PARA CREDENCIAMENTO E HABILITAÇÃO EM SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE DE INVESTIGAÇÃO E CIRURGIA DA EPILEPSIA

O serviço de assistência de alta complexidade de investigação e cirurgia da epilepsia, instalado em um centro de referência de alta complexidade em neurologia, deve oferecer assistência especializada e integral aos pacientes portadores de epilepsia, atuando nas mais variadas modalidades assistenciais:

a) promova atendimento ambulatorial e hospitalar destinado à investigação de pacientes com forte suspeita ou com diagnóstico de epilepsia, conforme o estabelecido na rede de atenção pelo gestor, mediante termo de compromisso firmado entre as partes, no qual deverá constar a quantidade de consultas eletivas a serem ofertadas, com base no parâmetro de 100 (cem) consultas;

b) atendimento em neurofisiologia clínica;

c) atendimento em neuropsicologia;

d) medidas de suporte e acompanhamento clínico: compreende o conjunto de ações específicas destinadas à sustentação das condições físicas, psicológicas e sociais dos pacientes que necessitam receber as diversas modalidades terapêuticas indicadas. Estas atividades devem ser desenvolvidas no nível de internação hospitalar e no pós-alta, com acompanhamento ambulatorial dos pacientes;

e) reabilitação: técnicas que ajudam os pacientes em áreas específicas, promovendo melhoria das condições físicas e psicológicas para reintegração ao seu meio social.

2.1 Recursos Humanos

2.1.1 Equipe básica:

a) responsável técnico: o serviço de assistência de alta complexidade de investigação e cirurgia da epilepsia deve contar com um responsável técnico, médico com título de especialista em neurologia clínica ou neurocirurgia, reconhecido pela AMB ou certificado de residência médica na especialidade, emitido por programa de residência médica reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC), e ter trabalhado em serviço de epilepsia por período mínimo de 1 (um) ano, reconhecido pelas sociedades brasileiras de neurocirurgia e/ou Academia Brasileira de Neurologia. Esta formação deve contemplar conhecimentos avançados sobre anatomia, fisiologia, anatomia patológica, neuroimagem e metabologia do sistema nervoso, clínica médica, clínica cirúrgica, neurologia clínica, clínica neurocirúrgica, técnica neurocirúrgica, psiquiatria e reabilitação. O treinamento especializado deve considerar os seguintes capítulos: estereotaxia para neuronavegação, eletrodinâmica, farmacodinâmica, eletrofisiologia do sistema nervoso periférico e central, metodologia científica, técnicas de avaliação clínica e complementar, imagenologia e reabilitação. O médico responsável técnico pelo serviço somente poderá assumir a responsabilidade técnica por um único serviço cadastrado pelo Sistema Único de Saúde, devendo residir no mesmo município ou cidades circunvizinhas. Poderá, entretanto, atuar como profissional em um outro serviço cadastrado pelo SUS;

b) neurologista clínico: médico com título de especialista em neurologia reconhecido pela AMB ou certificado de residência médica na especialidade, emitido por programa de residência médica reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC), para atendimento diário;

c) neurologista infantil: médico com título de especialista ou certificado de área de atuação em neurologia infantil;

d) neurocirurgião: médico com título de especialista em neurocirurgia reconhecido pela AMB e/ou certificado de residência médica na especialidade, emitido por programa de residência médica reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC);

e) neurofisiologista clínico: médico com título de especialista ou certificado de área de atuação em neurofisiologia clínica. Deverá ter ainda treinamento específico de pelo menos 1 (um) ano, na interpretação de registros vídeo eletroencefalográficos em pacientes candidatos à cirurgia de epilepsia;

f) neuropsicólogo: com treinamento de pelo menos seis meses em técnicas de avaliação em neuropsicologia em serviço de epilepsia para realização de avaliação pré e pós-operatória;

g) enfermagem: a equipe deve contar com um enfermeiro, para o laboratório de vídeo EEG e enfermeira, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem em quantitativo suficiente para o atendimento de enfermagem.

2.1.2 Equipe de Saúde Complementar (apoio multidisciplinar):

O Serviço deverá contar, em caráter permanente ou alcançável, com:

- clínico geral, pediatra, cardiologista, pneumologista, residentes no mesmo município ou cidades circunvizinhas. Deverá ter como serviços, próprios ou contratados, na mesma área física, os serviços de suporte e profissionais nas seguintes áreas:

a) neuroradiologia;

b) psiquiatria;

c) neuropatologia;

d) psicologia clínica;

e) nutrição;

f) serviço social;

g) fisioterapia;

h) farmácia;

i) hemoterapia;

j) ambulatório de epilepsia para acompanhamento pré e pós-operatório.

2.2 Instalações Físicas, Material, Equipamentos e Instrumental Cirúrgico

Além do descrito nos itens 1.6 e 1.7, o serviço de assistência de alta complexidade em investigação e cirurgia da epilepsia, instalado em centro de referência, deverá dispor de:

2.2.1 Laboratório de Monitorização de Vídeo Eletroencefalografia:

Unidade de registro instalada em ambiente hospitalar, com acesso fácil pela equipe de enfermagem:

a) apartamento com banheiro, armário, mesa, cadeira, poltrona, sofá cama para acompanhante, leito hospitalar com grades e proteção lateral acolchoada;

b) oxigênio;

c) câmara de vídeo e microfone para o registro de imagem e som;

d) comunicação de som e física bidirecional entre o apartamento e a unidade de monitorização (sala de interpretação de laudo).

2.2.2 Centro Cirúrgico:

a) microscópio cirúrgico;

b) material de microcirurgia;

c) equipamento de estereotaxia;

d) equipamento para estimulação cortical; e

e) eletroencefalograma portátil (da unidade de epilepsia).

2.3 Recursos Diagnósticos e Terapêuticos

O Serviço deverá dispor dos seguintes recursos diagnósticos e terapêuticos dentro da estrutura hospitalar:

a) laboratório de análises clínicas que realize exames na unidade. O laboratório deverá participar de programa de controle de qualidade;

b) equipamento de vídeo EEG digital com capacidade para monitorização durante 24 (vinte e quatro) horas, com no mínimo 32 (trinta e dois) canais disponíveis para reformatação nos registros com eletrodos de escalpo, intracranianos de profundidade ou subdurais (tiras ou telas), esfenoidais ou forame oval. Para a realização da referida monitorização, são necessários conjuntos de conectores intracranianos e de eletrodos subdurais, de profundidade e forame oval;

c) tomografia computadorizada;

d) ressonância magnética;

e) cintilografia cerebral - SPECT;

f) angiografia cerebral;

g) centro cirúrgico equipado para realização de microcirurgia neurológica e cirurgia estereotáxica;

h) equipamento de registro e estimulação cortical;

i) eletroencefalograma;

j) hemoterapia disponível nas 24 (vinte e quatro) horas do dia, por agência transfusional (AT) ou estrutura de complexidade maior dentro do que rege a RDC Anvisa nº 151, de 21 de agosto de 2001, publicada no Diário Oficial da União, de 22 de agosto de 2001, e ter convênio ou contrato devidamente formalizado de acordo com a mesma resolução;

k) unidade de tratamento Intensivo para adultos e crianças credenciada pelo SUS, de acordo com o Anexo III, Livro II, Título X, da Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, contando ainda com os itens específicos da medicina intensiva pós-operatória de neurologia e/ou neurocirurgia

descritos no item 1.8. deste Anexo;

Obs.: Os exames de ressonância magnética, cintilografia cerebral, angiografia cerebral e dosagem sérica de antiepiléticos poderão ser realizados em serviços instalados dentro ou fora da estrutura ambulatorio-hospitalar do hospital. Neste caso, as referências devem ser devidamente formalizadas de acordo com o que estabelece a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde.

3 NORMAS ESPECÍFICAS PARA CREDENCIAMENTO E HABILITAÇÃO EM SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM TRATAMENTO ENDOVASCULAR

O serviço deve dispor de estrutura física e funcional além de uma equipe assistencial devidamente qualificada e capacitada para a prestação de assistência aos portadores de doenças do sistema neurovascular.

3.1 Recursos Humanos

3.1.1 Equipe Básica:

a) responsável técnico: o serviço de assistência de alta complexidade em tratamento endovascular deve contar com um responsável técnico pelo serviço, podendo ser neurocirurgião, neurologista ou neuroradiologista intervencionista, com área de atuação em neuroradiologia terapêutica, reconhecido pelo Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (CBR);

b) o médico responsável técnico pelo serviço somente poderá assumir a responsabilidade técnica por um único serviço credenciado pelo Sistema Único de Saúde, devendo residir no mesmo município ou cidades circunvizinhas do serviço. Poderá, entretanto, atuar como profissional em um outro serviço credenciado pelo SUS;

c) anestesiologia: médico com certificado de residência médica ou título de especialista em anestesiologia pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia;

d) neurologista: médico com certificado de residência médica ou título de especialista em neurologia pela Academia Brasileira de Neurologia;

e) enfermagem: a equipe deve contar com um enfermeiro coordenador e ainda com enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem em quantitativo suficiente para o atendimento de enfermagem;

f) técnico ou tecnólogo em radiologia: deve ter experiência e treinamento adequado para operar os equipamentos de radiodiagnóstico de angiografia. Deve conhecer os princípios físicos das radiações e medidas de proteção e ser credenciado no Conselho Técnico de Radiologia (CONTER).

3.1.2 Equipe de Saúde Complementar (apoio multidisciplinar):

O serviço deverá contar, em caráter permanente ou alcançável, com: equipe auxiliar composta por médicos com experiência profissional em procedimentos endovasculares e pelo menos um neurocirurgião com experiência em neurocirurgia vascular com o respectivo título de especialista para esta especialidade, residentes no mesmo município ou cidades circunvizinhas.

Deverá ter os serviços de suporte e profissionais nas seguintes áreas:

a) pronto atendimento das urgências/emergências funcionando nas 24 (vinte e quatro) horas do dia;

b) serviço social;

c) nutricionista;

d) fisioterapeuta;

e) fonoaudiologia;

f) ambulatório de acompanhamento dos pacientes submetidos a procedimentos endovasculares.

3.2 Instalações Físicas

Além do estabelecido no item 1.6. deste Anexo, as áreas físicas da unidade deverão se enquadrar na RDC Anvisa nº 330, de 20 de dezembro de 2019, que estabelece os requisitos sanitários para a organização e o funcionamento de serviços de radiologia diagnóstica ou intervencionista e regulamenta o controle das exposições médicas, ocupacionais e do público decorrentes do uso de tecnologias radiológicas diagnósticas ou intervencionistas.

3.3 Materiais e Equipamentos

O serviço deverá dispor de todos os materiais e equipamentos necessários, em perfeito estado de conservação e funcionamento, para assegurar a qualidade da assistência aos pacientes, que possibilitem o diagnóstico, tratamento e acompanhamento médico, de enfermagem, fisioterápico, nutricional e dietético.

A sala de procedimentos endovasculares deverá ser equipada com:

a) equipamento de angiografia com subtração digital, matriz mínima de 1024X1024 na aquisição e processamento, anodo rotatório e subtração com roadmap. É recomendável possuir estação de trabalho para reconstrução tridimensional;

b) bomba injetora de contraste;

c) equipamento para anestesia;

d) material e equipamentos de reanimação cardiorrespiratória;

e) monitor de pressão invasiva portátil ou modular;

f) oximetria de pulso;

g) O2 bombas de infusão;

h) equipamento de TCA.

O Centro Cirúrgico deverá contar com pelo menos uma sala cirúrgica, equipada com materiais e equipamentos básicos para neurocirurgias vasculares.

3.4 Recursos Diagnósticos e Terapêuticos

O serviço deve possuir recursos técnicos destinados a localizar estruturas anatômicas no sistema nervoso, para realização de estudos eletrofisiológicos, neuropatológicos, neuroimagiológicos funcionais, coleta de material do sistema nervoso para análise neuroquímica, remoção de lesões, drenagem de coleções, instilação de substâncias, implante de dispositivos e/ou de substâncias e execução de procedimentos radioterápicos, guiados por estereotaxia ou por neuronavegação, desenvolvimento de projetos relacionados a estereotaxia, neurofisiologia, neurocirurgia e neuroendocrinologia.

O serviço deverá dispor dos seguintes recursos diagnósticos e terapêuticos dentro da estrutura hospitalar:

a) laboratório de análises clínicas: acesso a exames realizados dentro da unidade, disponíveis nas 24 (vinte e quatro) horas do dia: bioquímica, hematologia, gasometria. O Laboratório deverá participar de programa de controle de qualidade;

b) serviço de imagenologia: equipamento de radiologia convencional de 500 mA fixo, e equipamento de radiologia portátil, doppler periférico portátil, ultrassonografia com doppler, tomografia computadorizada. A unidade de imagenologia deverá participar de programa de controle de qualidade;

c) unidade de tratamento intensivo para adultos e crianças credenciada pelo SUS, de acordo com o Anexo III, Livro II, Título X, da Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, contando ainda com os itens específicos descritos no item 1.8.

Obs.: Os exames de ressonância magnética poderão ser realizados em serviços instalados dentro ou fora da estrutura ambulatorio-hospitalar do hospital. Neste caso, as referências devem ser devidamente formalizadas de acordo com o que estabelece a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde.

3.5 Rotinas e Normas de Funcionamento e Atendimento

O serviço deve possuir rotinas e normas, preferencialmente escritas, atualizadas anualmente e assinadas pelo responsável técnico pela unidade. As rotinas e normas devem abordar todos os processos envolvidos na assistência e administração e contemplar os seguintes itens:

- a) manutenção preventiva e corretiva de materiais e equipamentos;
- b) normatização dos procedimentos neuroendovasculares;
- c) protocolos de enfermagem;
- d) protocolos de suporte nutricional;
- e) controle de infecção hospitalar;
- f) normas de acompanhamento ambulatorial dos pacientes;
- g) tecnovigilância nas complicações de implantes;
- h) avaliação de satisfação do cliente;

i) escala dos profissionais em sobreaviso, das referências interinstitucionais e dos serviços terceirizados.

4 NORMAS ESPECÍFICAS PARA CREDENCIAMENTO E HABILITAÇÃO EM SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM CIRURGIA FUNCIONAL ESTEREOTÁXICA

O serviço deve possuir recursos técnicos destinados a localizar estruturas anatômicas no sistema nervoso, para realização de estudos eletrofisiológicos, neuropatológicos, neuroimagiológicos funcionais, coleta de material do sistema nervoso para análise neuroquímica, remoção de lesões, drenagem de coleções, instilação de substâncias, implante de dispositivos e/ou de substâncias e execução de procedimentos radioterápicos, guiados por estereotaxia ou por neuronavegação, desenvolvimento de projetos relacionados a estereotaxia, neurofisiologia, neurocirurgia e neuroendocrinologia.

4.1 Recursos Humanos

4.1.1 Equipe Básica:

a) responsável técnico: o serviço de assistência de alta complexidade em cirurgia funcional estereotáxica deve contar com um responsável técnico pelo serviço, médico neurocirurgião funcional com residência e/ou título de especialista em neurocirurgia, reconhecido pela Associação Médica Brasileira (AMB) ou certificado de residência médica na especialidade, emitido por programa de residência médica na especialidade reconhecido pelo Ministério de Educação (MEC). Especialização em neurocirurgia funcional em centro especializado, reconhecido pela Sociedade Brasileira de Neurocirurgia. Esta formação deve contemplar conhecimentos avançados sobre anatomia, fisiologia, anatomia patológica, neuroimagiologia e metabologia do sistema nervoso, clínica médica, clínica cirúrgica, neurologia clínica, clínica neurocirúrgica, técnica neurocirúrgica, psiquiatria e reabilitação. O treinamento especializado deve considerar os seguintes capítulos: dor, movimentos anormais, espasticidade, estereotaxia para neuronavegação, eletrodinâmica, farmacodinâmica, eletrofisiologia do sistema nervoso periférico e central, metodologia científica, técnicas de avaliação clínica e complementar, imagenologia e reabilitação. O médico responsável técnico pelo serviço somente poderá assumir a responsabilidade técnica por um único serviço credenciado pelo Sistema Único de Saúde, devendo residir no mesmo município ou cidades circunvizinhas do serviço. Poderá, entretanto, atuar como profissional em um outro serviço credenciado pelo SUS.

b) a unidade de assistência de alta complexidade em neurocirurgia deverá contar ainda com, no mínimo, mais 1 (um) médico neurocirurgião com as mesmas qualificações acima.

4.1.2 Equipe de Saúde Complementar (apoio multidisciplinar)

Além do item 1.5.2:

- a) neuroradiologista titulado pelo CBR, ABN ou SBN;
- b) engenheiros qualificados em neuroimagiologia;

- c) neurologista com título de especialista em neurologia, reconhecido pela AMB ou certificado de residência médica na especialidade, emitido por programa de residência médica reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC);
- d) anesthesiologist with title of specialist recognized by AMB or certificate of medical residency in the specialty, issued by a medical residency program recognized by MEC.

4.2 Instalações Físicas

Conforme o estabelecido no item 1.6.

4.3 Materiais e Equipamentos

Além do estabelecido no item 1.7, o serviço deve dispor dos seguintes recursos materiais:

- a) laboratório de avaliação funcional com equipamento para registro gráfico do movimento e dos transtornos da sensibilidade e das funções neurovegetativas;
- b) laboratório para dosagem de psicotrópicos e anticonvulsivantes;
- c) laboratório para pesquisa clínica básica;
- d) equipamento de computação gráfica com recursos de reconstrução e fusão de imagens, para os serviços de alta complexidade em neurocirurgia da dor e funcional localizados nos centros de referência;
- e) ambulatório de pacientes com distúrbio do movimento para avaliação clínica pré e pós-operatória;
- f) ambulatório de pacientes com dor para avaliação clínica pré e pós-operatória.

4.4 Recursos Diagnósticos e Terapêuticos

O serviço deverá dispor dos seguintes recursos diagnósticos e terapêuticos dentro da estrutura hospitalar:

- a) laboratório de análises clínicas: acesso a exames realizados dentro da unidade, disponíveis nas 24 (vinte e quatro) horas do dia: bioquímica, hematologia, gasometria. O Laboratório deverá participar de programa de controle de qualidade;
- b) serviço de imagenologia: equipamento de radiologia convencional de 500 mA fixo, e equipamento de radiologia portátil, doppler periférico portátil, ultrassonografia com doppler, tomografia computadorizada. A unidade de imagenologia deverá participar de programa de controle de qualidade;
- c) unidade de tratamento intensivo para adultos e crianças credenciada pelo SUS, de acordo com o Anexo III, Livro II, Título X, da Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, contando ainda com os itens específicos descritos no item 1.8.

Obs.: Os exames de ressonância magnética poderão ser realizados em serviços instalados dentro ou fora da estrutura ambulatório-hospitalar do hospital. Neste caso, as referências devem ser devidamente formalizadas de acordo com o que estabelece a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde.

ANEXO X

FORMULÁRIO PARA VISTORIA DO GESTOR

(Origem: Anexo 3-A da PRT SAS/MS 756/2005)

(Deve ser preenchido e assinado pelo gestor)

(Esse formulário não deve ser modificado e/ou substituído)

UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM NEUROCIRURGIA

NOME	DA	UNIDADE:

CNPJ: _____ CNES _____		
TIPO DE PRESTADOR (NATUREZA):		

- ☐ federal
- ☐ estadual
- ☐ municipal
- ☐ filantrópico
- ☐ privado
- ☐ próprio
- ☐ atividade de ensino e pesquisa

ENDEREÇO: _____

MUNICÍPIO: _____

ESTADO: _____ CEP: _____

TELEFONE: _____ FAX: _____

E-MAIL: _____

DIRETOR TÉCNICO: _____

Tipos de Assistência:

- ☐ ambulatorial
- ☐ internação
- ☐ urgência/emergência aberta
- ☐ urgência/emergência referida

SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO PARA:

- ☐ Serviço de assistência de alta complexidade em neurocirurgia do trauma e anomalias do desenvolvimento
- ☐ Serviço de assistência de alta complexidade em neurocirurgia da coluna e dos nervos periféricos
- ☐ Serviço de assistência de alta complexidade em neurocirurgia dos tumores do sistema nervoso
- ☐ Serviço de assistência de alta complexidade em neurocirurgia vascular
- ☐ Serviço de assistência de alta complexidade em tratamento neurocirúrgico da dor e funcional

NORMAS DE CLASSIFICAÇÃO, CREDENCIAMENTO E HABILITAÇÃO DE UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM NEUROCIRURGIA EXIGÊNCIAS GERAIS

(preenchimento obrigatório para todas as solicitações)

1 Registro das Informações do Paciente:

1.1 A unidade possui um prontuário único para cada paciente que inclua todos os tipos de atendimento a ele referente (ambulatorial, internação, pronto atendimento, emergência), contendo as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento.

☐ Sim ☐ Não

1.2 Contém informações indispensáveis e mínimas do prontuário, tais como:

a) Identificação do paciente

☐ Sim ☐ Não

b) Histórico clínico, exame físico neurológico, escalas de avaliação neurológica (Glasgow e Hunt-Hess, etc.)

☐ Sim ☐ Não

c) Avaliação Inicial - de acordo com o protocolo estabelecido

☐ Sim ☐ Não

d) Indicação do procedimento cirúrgico

☐ Sim ☐ Não

e) Descrição do ato cirúrgico ou procedimento, em ficha específica, contendo:

- Identificação da equipe

☐ Sim ☐ Não

- Descrição cirúrgica, incluindo os materiais usados e seus respectivos registros nacionais, para controle e rastreamento dos implantes.

☐ Sim ☐ Não

f) Descrição da evolução

☐ Sim ☐ Não

g) Sumário da alta hospitalar

☐ Sim ☐ Não

h) Ficha de registro de infecção hospitalar (CCIH)

☐ Sim ☐ Não

i) Evolução ambulatorial

☐ Sim ☐ Não

2 Estrutura Assistencial

2.1 A unidade de assistência de alta complexidade em neurocirurgia oferece assistência especializada e integral, por ações diagnósticas e terapêuticas, aos pacientes com doenças neurológicas, atuando nas modalidades assistenciais neurológicas e neurocirúrgicas de alta complexidade ou alta tecnologia e alto custo, para as quais foram credenciadas e habilitadas.

☐ Sim ☐ Não

2.2 Atende em regime de urgência/emergência referida, que funcione nas 24 (vinte e quatro) horas, os pacientes que necessitam de procedimentos para a qual foi credenciada mediante termo de compromisso firmado com o gestor local do SUS.

☐ Sim ☐ Não

2.3 Promove atendimento ambulatorial em neurologia e neurocirurgia, conforme o estabelecido na rede de atenção pelo gestor, mediante termo de compromisso firmado entre as partes, no qual deverá constar a quantidade de consultas eletivas a serem ofertadas, com base no parâmetro de 500 (quinhentas) consultas/mês, de acordo com as necessidades definidas pelo gestor local.

☐ Sim ☐ Não

2.4 Assegura atenção pós-operatória continuada a todos pacientes submetidos a ações terapêuticas neurointervencionistas e/ou neurocirúrgicas na unidade.

☐ Sim ☐ Não

2.5 Oferta número de exames de diagnose e terapia, abaixo relacionados, em neurologia, para cada conjunto de 150 (cento e cinquenta) procedimentos de alta complexidade, a serem ofertados mediante termo de compromisso firmado com o gestor local do SUS.

- Eletroencefalograma (100 (cem)/mês)

☐ Sim ☐ Não

- Ecodoppler arterial (60 (sessenta)/mês)

☐ Sim ☐ Não

- Eletroneuromiografia (50 (cinquenta)/mês)

☐ Sim ☐ Não

2.6 Promove, através da reabilitação, suporte e acompanhamento para melhoria das condições físicas e psicológicas do paciente, atuando no pré-operatório ou como complemento pós-operatório, no sentido da restituição da sua capacidade funcional.

() Sim () Não

2.7 A unidade está integrada a outras unidades assistenciais que fazem parte do sistema de referência e contrarreferência hierarquizado pelas secretarias de saúde.

() Sim () Não

2.8 Desenvolve ou participa da prevenção e detecção precoce de doenças neurológicas, de maneira articulada com os programas e normas definidos pelo Ministério da Saúde, secretarias de saúde do estado e/ou município.

() Sim () Não

3 Recursos Humanos

3.1 Equipe básica:

a) A unidade de assistência de alta complexidade em neurocirurgia conta com um responsável técnico, médico com título de especialista em neurocirurgia, comprovado por certificado de residência médica reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC), título de especialista da Associação Médica Brasileira (AMB) ou registro no cadastro de especialistas dos respectivos Conselhos Federal e regionais de Medicina.

() Sim () Não

Médico:_____

Especialidade: _____CRM: _____

b) O médico assume a responsabilidade técnica por uma única unidade credenciada pelo Sistema Único de Saúde e reside no mesmo município ou cidade circunvizinha.

() Sim () Não

c) A unidade conta com, no mínimo, mais 2 (dois) médicos neurocirurgiões com título de especialista, comprovado por certificado de residência médica reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC), título de especialista da Associação Médica Brasileira (AMB) ou registro no cadastro de especialistas dos respectivos Conselhos Federal e regionais de Medicina.

() Sim () Não

Médico:_____

Especialidade:_____CRM: _____

Médico:_____

Especialidade_____CRM: _____

d) A unidade conta com neurologista clínico, médico com título de especialista em neurologia, comprovado por certificado de residência médica reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC), título de especialista da Associação Médica Brasileira (AMB) ou registro no cadastro de especialistas dos respectivos Conselhos Federal e regionais de Medicina, para atendimento diário e em regime de plantão.

() Sim () Não

Médico:_____

Especialidade:_____CRM: _____

e) A unidade conta com um enfermeiro coordenador, com experiência mínima de 1 (um) ano em serviço de neurocirurgia.

() Sim () Não

Enfermeiro:_____

Especialidade:_____COREN: _____

f) A unidade conta com enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem em quantitativo suficiente para o atendimento de enfermaria.

() Sim () Não

4 Equipe de Saúde Complementar (apoio multidisciplinar):

4.1 A Unidade conta, em caráter permanente e residente no mesmo município ou cidade circunvizinha, com:

- Clínico geral

() Sim () Não

Médico:_____

Especialidade_____ CRM: _____

- Cirurgião geral

Médico:_____

Especialidade_____ CRM: _____

4.2 A unidade possui como serviços, próprios ou contratados, os serviços de suporte e profissionais nas seguintes áreas:

a) Psiquiatria ou psicologia clínica

() Sim () Não

b) Serviço social

() Sim () Não

c) Serviço de nutrição

() Sim () Não

d) Farmácia

() Sim () Não

e) Anatomia patológica

() Sim () Não

Serviço: _____

CNPJ: _____

f) Medicina física e reabilitação

() Sim () Não

Serviço: _____

CNPJ: _____

g) Fonoaudiologia

() Sim () Não

Serviço: _____

CNPJ: _____

h) Hemoterapia

() Sim () Não

Serviço: _____

CNPJ: _____

i) Radioterapia.

() Sim () Não

Serviço: _____

CNPJ: _____

5 Instalações Físicas

5.1 A Unidade possui alvará de funcionamento.

☐ Sim ☐ Não

Data de Emissão: __/__/____

5.2 A unidade se enquadra nos critérios e normas estabelecidos pela legislação em vigor, ou outros ditames legais que as venham substituir ou complementar, a saber:

a) RDC Anvisa nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 , que dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, e de outras que vierem a complementá-la, alterá-la ou substituí-la.

☐ Sim ☐ Não

b) RDC nº 222, de 28 de março de 2018, que regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências.

☐ Sim ☐ Não

6 Materiais e Equipamentos

6.1 A unidade dispõe de todos os materiais e equipamentos necessários, em perfeito estado de conservação e funcionamento, para assegurar a qualidade da assistência aos pacientes, e que possibilitem o diagnóstico, tratamento e acompanhamento médico, de enfermagem, fisioterápico, nutricional e dietético.

☐ Sim ☐ Não

6.2 A unidade conta com centro cirúrgico.

☐ Sim ☐ Não

6.3 O centro cirúrgico está equipado, no mínimo, com:

a) 1 (um) foco cirúrgico

☐ Sim ☐ Não

b) 1 (uma) mesa cirúrgica articulada

☐ Sim ☐ Não

c) 1 (uma) mesa auxiliar com rodízios (40x60x90 cm)

☐ Sim ☐ Não

d) 1 (um) gerador mono e bipolar

☐ Sim ☐ Não

e) 1 (um) microscópio cirúrgico

☐ Sim ☐ Não

f) 1 (um) suporte de crânio, tipo ferradura, três pontos (pinos)

☐ Sim ☐ Não

g) instrumental neurocirúrgico para procedimentos de coluna e crânio

☐ Sim ☐ Não

h) aparelhagem para brocagem neurocirúrgica de alta rotação (Drill)

☐ Sim ☐ Não

i) halo para tração cervical;

☐ Sim ☐ Não

j) instrumental neurocirúrgico para microcirurgia (brocas automáticas, saca-bocados retos e curvos, Kerrington, pinças de disco retas e curvas, afastador e distrator cervical tipo Caspar e lombar tipo Taylor, espéculos nasais e curetas para cirurgia de hipófise transesfenoidal, microdissectores e microtesouras, afastador auto-estáticos tipo Leyla, Cushing)

() Sim () Não

k) material de anestesia adequado, monitores, 1 (um) capnógrafo e 1 (um) aspirador elétrico a vácuo portátil.

() Sim () Não

l) intensificador de imagem

() Sim () Não

m) laboratório de neuropatologia, para os serviços de alta complexidade dos tumores do sistema nervoso.

() Sim () Não

7 Recursos Diagnósticos e Terapêuticos

7.1 A unidade dispõe dos seguintes recursos diagnósticos e terapêuticos dentro da estrutura hospitalar:

a) laboratório de análises clínicas que realize exames na unidade, disponíveis nas 24 (vinte e quatro) horas do dia: bioquímica, hematologia, microbiologia, gasometria, líquidos orgânicos e uroanálise.

() Sim () Não

b) Serviço de imagenologia

- Radiologia,

() Sim () Não

- Ultrassonografia

() Sim () Não

Serviço: _____

CNPJ: _____

- Tomografia

() Sim () Não

Serviço: _____

CNPJ: _____

- Angiografia digital

() Sim () Não

Serviço: _____

CNPJ: _____

- Ressonância magnética

() Sim () Não

Serviço: _____

CNPJ: _____

c) Eletroencefalograma

() Sim () Não

d) Eletroneuromiografia;

() Sim () Não

Serviço: _____

CNPJ: _____

e) Anatomia patológica

() Sim () Não

f) Hemoterapia disponível nas 24 (vinte e quatro) horas do dia, por agência transfusional (AT) ou estrutura de complexidade maior, dentro do que rege a RDC Anvisa nº 34, de 2014, ou outra que venha a alterá-la ou substituí-la.

() Sim () Não

g) Unidade de tratamento Intensivo credenciada pelo SUS, de acordo com o Anexo III, Livro II, Título X, da Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017.

() Sim () Não

- Conta ainda com os itens específicos da medicina intensiva pós-operatória de neurologia e neurocirurgia, conforme descrito a seguir:

2 (duas) bombas de infusão por leito

() Sim () Não

1 (um) oxímetro de pulso a cada leito

() Sim () Não

1 (um) sistema de ventilação não invasiva (BIPAP)

() Sim () Não

1 (um) ventilador com blender para cada leito

() Sim () Não

1 (um) ventilador volumétrico para cada dois leitos

() Sim () Não

1 (um) monitor de pressão não-invasivo para cada leito - com no mínimo três canais

() Sim () Não

1 (um) monitor para leitura pressão intracraniana

() Sim () Não

1 (um) capnógrafo

() Sim () Não

h) Serviço de radioterapia.

() Sim () Não

Serviço: _____

CNPJ: _____

8 Rotinas e Normas de Funcionamento e Atendimento

8.1 A Unidade possui rotinas e normas escritas, atualizadas anualmente e assinadas pelo responsável técnico pela unidade.

() Sim () Não

8.2 As rotinas e normas abordam todos os processos envolvidos na assistência e administração e contemplam os seguintes itens:

a) manutenção preventiva e corretiva de materiais e equipamentos;

() Sim () Não

b) normatizações de indicações cirúrgicas

() Sim () Não

c) protocolos de enfermagem

() Sim () Não

d) protocolo de suporte nutricional

() Sim () Não

e) protocolo para acompanhamento em fisioterapia e reabilitação funcional

() Sim () Não

f) controle de infecção hospitalar (CCIH)

() Sim () Não

g) acompanhamento ambulatorial dos pacientes

() Sim () Não

h) avaliação de satisfação do cliente

() Sim () Não

i) escala dos profissionais em sobreaviso, das referências interinstitucionais e dos serviços terceirizados.

() Sim () Não

9 Produção dos serviços

9.1 A unidade de assistência de alta complexidade em neurocirurgia realiza anualmente, no mínimo, 150 (cento e cinquenta) procedimentos de alta complexidade, em pacientes do Sistema Único de Saúde.

() Sim () Não

10 NORMAS ESPECÍFICAS PARA CREDENCIAMENTO E HABILITAÇÃO DE SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM NEUROCIRURGIA DA DOR E FUNCIONAL (além das estabelecidas nos itens anteriores)

10.1 Recursos Humanos

A equipe básica conta, em caráter permanente, com endocrinologista e terapeuta ocupacional.

() Sim () Não

Médico:_____

Especialidade:_____ CRM: _____

Terapeuta Ocupacional: _____

CREFITO: _____

10.2 Materiais e Equipamentos

10.2.1 O serviço conta com:

a) Equipamento de estereotaxia

() Sim () Não

b) Equipamento de radiofrequência e ou criocoagulação

() Sim () Não

c) Equipamento de estimulação elétrica transoperatória

() Sim () Não

10.3 Recursos diagnósticos e terapêuticos

a) Radiologia

() Sim () Não

b) Odontologia

☐ Sim ☐ Não

c) Neurofisiologia clínica

☐ Sim ☐ Não

d) Laboratório de avaliação funcional

☐ Sim ☐ Não

EXIGÊNCIAS ESPECÍFICAS PARA CENTROS DE REFERÊNCIA EM NEUROLOGIA (além das anteriores)

(Não desmembrar o formulário)

SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO E HABILITAÇÃO COMO:

☐ Serviço de assistência de alta complexidade em investigação e cirurgia da epilepsia

☐ Serviço de assistência de alta complexidade em tratamento endovascular

☐ Serviço de assistência de alta complexidade em neurocirurgia funcional e esterotática

NORMAS ESPECÍFICAS PARA CREDENCIAMENTO E HABILITAÇÃO DE SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM INVESTIGAÇÃO E CIRURGIA DA EPILEPSIA

1 O serviço de assistência de alta complexidade em investigação e cirurgia da epilepsia, instalado em um centro de referência de alta complexidade em neurologia, oferece assistência especializada e integral aos pacientes portadores de epilepsia, atuando nas mais variadas modalidades assistenciais.

☐ Sim ☐ Não

1.1 O serviço promove atendimento ambulatorial e hospitalar destinado à investigação de pacientes com forte suspeita ou com diagnóstico de epilepsia, conforme o estabelecido na rede de atenção pelo gestor.

☐ Sim ☐ Não

1.2 Apresentou termo de compromisso firmado entre as partes, no qual deve constar a quantidade de consultas eletivas a serem ofertadas, com base no parâmetro de 100 (cem) consultas/mês para cada grupamento populacional de 800 (oitocentos) mil habitantes.

☐ Sim ☐ Não

1.3 Atendimento em neurofisiologia clínica

☐ Sim ☐ Não

1.4 Atendimento em neuropsicologia

☐ Sim ☐ Não

1.5 O serviço oferece medidas de suporte e acompanhamento clínico

☐ Sim ☐ Não

1.6 O serviço conta serviço de reabilitação, de forma a promover a melhoria das condições físicas e psicológicas para reintegração do paciente ao seu meio social.

☐ Sim ☐ Não

2 Recursos Humanos

2.1 Equipe Básica:

a) O serviço de assistência de alta complexidade em investigação e cirurgia da epilepsia conta com um responsável técnico, médico com título de especialista em neurologia clínica ou neurocirurgia, reconhecido pela AMB ou certificado de residência médica na especialidade, emitido por programa de residência médica reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC) e que tenha trabalhado em serviço de epilepsia por período mínimo de 1 (um) ano, reconhecido pelas sociedades brasileiras de neurocirurgia e/ou Academia Brasileira de Neurologia.

☐ Sim ☐ Não

Médico:_____

Especialidade:_____ CRM: _____

b) Esse médico assume a responsabilidade técnica por um único serviço cadastrado pelo Sistema Único de Saúde e reside no mesmo município ou cidade circunvizinha.

() Sim () Não

c) A equipe conta com neurologista clínico, médico com título de especialista em neurologia reconhecido pela AMB ou certificado de residência médica na especialidade, emitido por programa de residência médica reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC), para atendimento diário.

() Sim () Não

Médico:_____

Especialidade:_____ CRM: _____

d) A equipe conta com neurologista infantil, médico com título de especialista ou certificado na área de atuação em neurologia infantil.

() Sim () Não

Médico:_____

Especialidade:_____ CRM: _____

e) A equipe conta com neurocirurgião, médico com título de especialista em neurocirurgia reconhecido pela AMB ou certificado de residência médica na especialidade, emitido por programa de residência médica reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC).

() Sim () Não

Médico:_____

Especialidade:_____ CRM: _____

e) A equipe conta com neurofisiologista clínico, médico com título de especialista ou certificado na área de atuação em neurofisiologia clínica, com treinamento específico de pelo menos 1 (um) ano na interpretação de registros vídeo eletroencefalográficos em pacientes candidatos à cirurgia de epilepsia.

() Sim () Não

Médico:_____

Especialidade:_____ CRM: _____

f) A equipe conta com neuropsicólogo, com treinamento de pelo menos seis meses em técnicas de avaliação em neuropsicologia em serviço de epilepsia para realização de avaliação pré e pós-operatória.

() Sim () Não

Nome:_____

Especialidade:_____

EXIGÊNCIAS ESPECÍFICAS PARA CENTROS DE REFERÊNCIA EM NEUROLOGIA (além das anteriores)

(Não desmembrar o formulário)

SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO E HABILITAÇÃO COMO:

() Serviço de assistência de alta complexidade em investigação e cirurgia da epilepsia

() Serviço de assistência de alta complexidade em tratamento endovascular

() Serviço de assistência de alta complexidade em neurocirurgia funcional e esterotóxica

NORMAS ESPECÍFICAS PARA CREDENCIAMENTO E HABILITAÇÃO DE SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM INVESTIGAÇÃO E CIRURGIA DA EPILEPSIA

1 O serviço de assistência de alta complexidade em investigação e cirurgia da epilepsia, instalado em um centro de referência de alta complexidade em neurologia, oferece assistência especializada e integral aos pacientes portadores de epilepsia, atuando nas mais variadas modalidades assistenciais.

() Sim () Não

1.1 O serviço promove atendimento ambulatorial e hospitalar destinado à investigação de pacientes com forte suspeita ou com diagnóstico de epilepsia, conforme o estabelecido na rede de atenção pelo gestor.

() Sim () Não

1.2 Apresentou termo de compromisso firmado entre as partes, no qual deve constar a quantidade de consultas eletivas a serem ofertadas, com base no parâmetro de 100 (cem) consultas/mês para cada grupamento populacional de 800 (oitocentos) mil habitantes.

() Sim () Não

1.3 Atendimento em neurofisiologia clínica

() Sim () Não

1.4 Atendimento em neuropsicologia

() Sim () Não

1.5 O serviço oferece medidas de suporte e acompanhamento clínico

() Sim () Não

1.6 O serviço conta serviço de reabilitação, de forma a promover a melhoria das condições físicas e psicológicas para reintegração do paciente ao seu meio social.

() Sim () Não

2 Recursos Humanos

2.1. Equipe Básica:

a) O serviço de assistência de alta complexidade em investigação e cirurgia da epilepsia conta com um responsável técnico, médico com título de especialista em neurologia clínica ou neurocirurgia, reconhecido pela AMB ou certificado de residência médica na especialidade, emitido por programa de residência médica reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC) e que tenha trabalhado em serviço de epilepsia por período mínimo de 1 (um) ano, reconhecido pelas sociedades brasileiras de neurocirurgia e/ou Academia Brasileira de Neurologia.

() Sim () Não

Médico:_____

Especialidade:_____ CRM: _____

b) Esse médico assume a responsabilidade técnica por um único serviço cadastrado pelo Sistema Único de Saúde e reside no mesmo município ou cidade circunvizinha.

() Sim () Não

c) A equipe conta com neurologista clínico, médico com título de especialista em neurologia reconhecido pela AMB ou certificado de residência médica na especialidade, emitido por programa de residência médica reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC), para atendimento diário.

() Sim () Não

Médico:_____

Especialidade:_____ CRM: _____

d) A equipe conta com neurologista infantil, médico com título de especialista ou certificado na área de atuação em neurologia infantil.

() Sim () Não

Médico:_____

Especialidade:_____ CRM: _____

e) A equipe conta com neurocirurgião, médico com título de especialista em neurocirurgia reconhecido pela AMB ou certificado de residência médica na especialidade, emitido por programa de residência médica reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC).

() Sim () Não

Médico:_____

Especialidade:_____ CRM: _____

e) A equipe conta com neurofisiologista clínico, médico com título de especialista ou certificado na área de atuação em neurofisiologia clínica, com treinamento específico de pelo menos 1 (um) ano na interpretação de registros vídeo eletroencefalográficos em pacientes candidatos à cirurgia de epilepsia.

() Sim () Não

Médico:_____

Especialidade:_____ CRM: _____

f) A equipe conta com neuropsicólogo, com treinamento de pelo menos 6 (seis) meses em técnicas de avaliação em neuropsicologia em serviço de epilepsia para realização de avaliação pré e pós-operatória.

() Sim () Não

Nome:_____

Especialidade:_____

CNPJ: _____

g) Centro cirúrgico equipado para realização de microcirurgia neurológica e cirurgia estereotáxica

() Sim () Não

h) Equipamento de registro e estimulação cortical

() Sim () Não

i) Eletroencefalograma

() Sim () Não

j) Dosagem sérica de antiepilépticos

() Sim () Não

Serviço: _____

CNPJ: _____

l) Hemoterapia disponível nas 24 (vinte e quatro) horas do dia, por agência transfusional (AT) ou estrutura de complexidade maior dentro do que rege a RDC Anvisa nº 151, de 21 de agosto de 2001, publicada no Diário Oficial da União, de 22de agosto de 2001

() Sim () Não

k) Unidade de tratamento intensivo para adultos e crianças credenciada pelo SUS, de acordo com o Anexo III, Livro II, Título X, da Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, contando ainda com os itens específicos da medicina intensiva pós-operatória de neurologia e/ou neurocirurgia descritos no item 1.8 do Anexo IX.

() Sim () Não

NORMAS ESPECÍFICAS PARA CREDENCIAMENTO E HABILITAÇÃO DE SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM TRATAMENTO ENDOVASCULAR

1 O serviço dispõe de estrutura física e funcional além de uma equipe assistencial devidamente qualificada e capacitada para a prestação de assistência aos portadores de doenças do sistema neurovascular.

() Sim () Não

2 Recursos Humanos

2.1 Equipe Básica:

a) O serviço de assistência de alta complexidade em tratamento endovascular conta com um responsável técnico pelo serviço, podendo ser neurocirurgião, neurologista ou neuroradiologista intervencionista, com área de atuação em neuroradiologia terapêutica, reconhecido pelo Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (CBR).

() Sim () Não

Nome:_____

Especialidade:_____ CRM: _____

b) Esse médico assume a responsabilidade técnica por um único serviço credenciado pelo Sistema Único de Saúde e reside no mesmo município ou cidade circunvizinha.

() Sim () Não

c) A equipe conta com anestesiológista, médico com certificado de residência médica ou título de especialista em anestesiologia pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia.

() Sim () Não

Nome:_____

Especialidade:_____ CRM: _____

d) A equipe conta com neurologista, médico com certificado de residência médica ou título de especialista em neurologia pela Academia Brasileira de Neurologia.

e) A equipe conta com um enfermeiro coordenador e ainda com enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem em quantitativo suficiente para o atendimento de enfermaria.

() Sim () Não

Enfermeiro:_____

Coordenador:_____ COREN: _____

f) A equipe conta com técnico ou tecnólogo em radiologia credenciado no Conselho Técnico de Radiologia (CONTER).

() Sim () Não

Nome:_____

3 Equipe de Saúde Complementar (apoio multidisciplinar):

3.1 O serviço conta, em caráter permanente ou alcançável, com:

a) equipe auxiliar composta por médicos com experiência profissional em procedimentos endovasculares.

() Sim () Não

b) 1 (um) neurocirurgião com experiência em neurocirurgia vascular com título de especialista para esta especialidade.

() Sim () Não

Nome:_____

Especialidade:_____ CRM: _____

c) Estes profissionais residem no mesmo município ou cidades circunvizinhas.

() Sim () Não

d) O serviço possui os serviços de suporte e profissionais nas seguintes áreas:

- Pronto atendimento das urgências/emergências funcionando nas 24 (vinte e quatro) horas do dia

() Sim () Não

- Serviço social

() Sim () Não

- Nutricionista

() Sim () Não

- Fisioterapeuta

() Sim () Não

- Fonoaudiólogo

() Sim () Não

- Ambulatório de acompanhamento do pacientes submetidos a procedimentos endovasculares.

() Sim () Não

4 Instalações Físicas

4.1 Além do estabelecido no item 1.6 do Anexo IX, as áreas físicas da unidade se enquadram na RDC Anvisa nº 330, de 20 de dezembro de 2019, que estabelece os requisitos sanitários para a organização e o funcionamento de serviços de radiologia diagnóstica ou intervencionista, e regulamenta o controle das exposições médicas, ocupacionais e do público decorrentes do uso de tecnologias radiológicas diagnósticas ou intervencionistas.

() Sim () Não

5 Materiais e Equipamentos

5.1 O serviço dispõe de todos os materiais e equipamentos necessários, em perfeito estado de conservação e funcionamento, para assegurar a qualidade da assistência aos pacientes, que possibilitam o diagnóstico, tratamento e acompanhamento médico, de enfermagem, fisioterápico, nutricional e dietético.

() Sim () Não

5.2 A sala de procedimentos endovasculares está equipada com:

a) Equipamento de angiografia com subtração digital, matriz mínima de 1024X1024 na aquisição e processamento, anodo rotatório e subtração com roadmap com estação de trabalho para reconstrução tridimensional.

() Sim () Não

b) Bomba injetora de contraste

() Sim () Não

c) Equipamento para anestesia

() Sim () Não

d) Material e equipamentos de reanimação cardiorrespiratória

() Sim () Não

e) Monitor de pressão invasiva portátil ou modular

() Sim () Não

f) Oximetria de pulso

() Sim () Não

g) 2 (duas) bombas de infusão

☐ Sim ☐ Não

h) Equipamento de TCA

☐ Sim ☐ Não

5.3 O centro cCirúrgico conta com pelo menos 1 (uma) sala cirúrgica, equipada com materiais e equipamentos básicos para neurocirurgias vasculares.

☐ Sim ☐ Não

6 Recursos Diagnósticos e Terapêuticos

6.1 O serviço possui recursos técnicos destinados a localizar estruturas anatômicas no sistema nervoso, para realização de estudos eletrofisiológicos, neuropatológicos, neuroimaginológicos funcionais, coleta de material do sistema nervoso para análise neuroquímica, remoção de lesões, drenagem de coleções, instilação de substâncias, implante de dispositivos e/ou de substâncias e execução de procedimentos radioterápicos, guiados por estereotaxia ou por neuronavegação, desenvolvimento de projetos relacionados a estereotaxia, neurofisiologia, neurocirurgia e neuroendocrinologia.

☐ Sim ☐ Não

6.2 O Serviço dispõe dos seguintes recursos diagnósticos e terapêuticos dentro da estrutura hospitalar:

a) laboratório de análises clínicas (acesso a exames realizados dentro da unidade, disponíveis nas 24 (vinte e quatro) horas do dia: bioquímica, hematologia, gasometria) que participa de programa de controle de qualidade.

☐ Sim ☐ Não

b) serviço de imagenologia com:

- equipamento de radiologia convencional de 500 mA fixo

☐ Sim ☐ Não

- equipamento de radiologia portátil,

☐ Sim ☐ Não

- doppler periférico portátil

☐ Sim ☐ Não

- ultrassonografia com Doppler

☐ Sim ☐ Não

- tomografia computadorizada

☐ Sim ☐ Não

- ressonância magnética

☐ Sim ☐ Não

Serviço: _____

CNPJ: _____

c) Unidade de tratamento intensivo para adultos e crianças credenciada pelo SUS, de acordo com o Anexo III, Livro II, Título X, da Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, contando ainda com os itens específicos descritos no item 1.8 do Anexo IX.

☐ Sim ☐ Não

7 Rotinas e Normas de Funcionamento e Atendimento

7.1 O serviço possui rotinas e normas, preferencialmente escritas, atualizadas anualmente e assinadas pelo responsável técnico pela unidade.

☐ Sim ☐ Não

7.2 As rotinas e normas abordam todos os processos envolvidos na assistência e administração e contemplam os seguintes itens:

() Sim () Não

a) Manutenção preventiva e corretiva de materiais e equipamentos

() Sim () Não

b) Normatização dos procedimentos neuroendovasculares

() Sim () Não

c) Protocolos de enfermagem

() Sim () Não

d) Protocolos de suporte nutricional

() Sim () Não

e) Controle de infecção hospitalar

() Sim () Não

f) Normas de acompanhamento ambulatorial dos pacientes

() Sim () Não

g) Tecnovigilância nas complicações de implantes

() Sim () Não

h) Avaliação de satisfação do cliente

() Sim () Não

i) Escala dos profissionais em sobreaviso, das referências interinstitucionais e dos serviços terceirizados.

() Sim () Não

NORMAS ESPECÍFICAS PARA CREDENCIAMENTO E HABILITAÇÃO DE SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM NEUROCIRURGIA FUNCIONAL ESTEREOTÁXICA

1. O serviço possui recursos técnicos destinados a localizar estruturas anatômicas no sistema nervoso, para realização de estudos eletrofisiológicos, neuropatológicos, neuroimaginológicos funcionais, coleta de material do sistema nervoso para análise neuroquímica, remoção de lesões, drenagem de coleções, instilação de substâncias, implante de dispositivos e/ou de substâncias e execução de procedimentos radioterápicos, guiados por estereotaxia ou por neuronavegação, desenvolvimento de projetos relacionados a estereotaxia, neurofisiologia, neurocirurgia e neuroendocrinologia.

() Sim () Não

2 Recursos Humanos

2.1 Equipe Básica

a) O serviço de assistência de alta complexidade em neurocirurgia funcional estereotáxica conta com um responsável técnico pelo serviço, médico neurocirurgião funcional com residência e/ou título de especialista em neurocirurgia, reconhecido pela Associação Médica Brasileira (AMB) ou certificado de residência médica na especialidade, emitido por programa de residência médica na especialidade reconhecido pelo Ministério de Educação (MEC) ou especialização em neurocirurgia funcional em centro especializado, reconhecido pela Sociedade Brasileira de Neurocirurgia.

() Sim () Não

Nome:_____

Especialidade:_____ CRM: _____

b) Esse médico assume a responsabilidade técnica por um único serviço credenciado pelo Sistema Único de Saúde e reside no mesmo município ou cidade circunvizinha.

() Sim () Não

c) O serviço conta ainda com, no mínimo, mais 1 (um) médico neurocirurgião com as mesmas qualificações acima.

() Sim () Não

Nome:_____

Especialidade:_____ CRM: _____

3. Equipe de Saúde Complementar (Além do item 1.5.2 do Anexo IX):

a) Neuroradiologista titulado pelo CBR, ABN OU SBN

() Sim () Não

Nome:_____

Especialidade:_____ CRM: _____

b) Engenheiros qualificados em neuroimagemologia

() Sim () Não

Nome:_____

c) A equipe conta com neurologista com título de especialista em neurologia, reconhecido pela AMB ou certificado de residência médica na especialidade, emitido por programa de residência médica reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC);

() Sim () Não

Nome:_____

Especialidade:_____ CRM: _____

d) A equipe conta com anestesiológista com título de especialista reconhecido pela AMB ou certificado de residência médica na especialidade, emitido por programa de residência médica reconhecido pelo MEC.

() Sim () Não

Nome:_____

Especialidade:_____ CRM: _____

4 Materiais e Equipamentos

4.1 Além do estabelecido no item 1.7 do Anexo IX, o serviço dispõe dos seguintes recursos materiais:

a) Laboratório de avaliação funcional com equipamento para registro gráfico do movimento e dos transtornos da sensibilidade e das funções neurovegetativas

() Sim () Não

b) Laboratório para dosagem de psicotrópicos e anticonvulsivantes

() Sim () Não

c) Laboratório para pesquisa clínica básica

() Sim () Não

d) Equipamento de computação gráfica com recursos de reconstrução e fusão de imagens, para os serviços de assistência de alta complexidade em neurocirurgia da dor e funcional localizados nos centros de referência.

() Sim () Não

e) Ambulatório de pacientes com distúrbio do movimento para avaliação clínica pré e pós-operatória

() Sim () Não

f) Ambulatório de pacientes com dor para avaliação clínica pré e pós-operatório.

() Sim () Não

5 Recursos Diagnósticos e Terapêuticos

5.1 O serviço dispõe dos seguintes recursos diagnósticos e terapêuticos dentro da estrutura hospitalar:

a) Laboratório de análises clínicas (acesso a exames realizados dentro da unidade, disponíveis nas 24 (vinte e quatro) horas do dia: bioquímica, hematologia, gasometria).

() Sim () Não

b) Serviço de imagenologia com:

- Equipamento de radiologia convencional de 500 mA fixo

() Sim () Não

- Equipamento de radiologia portátil

() Sim () Não

- Doppler periférico portátil

() Sim () Não

- Ultrassonografia com Doppler

() Sim () Não

- Tomografia computadorizada

() Sim () Não

- Ressonância magnética

() Sim () Não

Serviço: _____

CNPJ: _____

c) Unidade de tratamento intensivo para adultos e crianças credenciada pelo SUS, de acordo com o Anexo III, Livro II, Título X, da Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, contando ainda com os itens específicos descritos no item 1.8 do Anexo IX.

() Sim () Não

INTERESSE DO GESTOR ESTADUAL NO CREDENCIAMENTO:

CONCLUSÃO:

De acordo com vistoria realizada in loco, a instituição cumpre com os requisitos da Portaria SAS/MS nº 756, de 27 de Dezembro, de 2005, para o(s) credenciamento(s) solicitado(s).

() Sim () Não

DATA : __/__/__

CARIMBO E ASSINATURA DO GESTOR:

Gestor Municipal

Gestor Estadual

ANEXO XI

FORMULÁRIO PARA VISTORIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

(Origem: Anexo 3-B da PRT SAS/MS 756/2005)

(Esse formulário não deve ser modificado e/ou substituído)

UNIDADES DE ASSISTÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE EM NEUROCIRURGIA E CENTRO
REFERÊNCIA EM NEUROLOGIA

NOME DA UNIDADE (*): _____

CNPJ: _____ CNES: _____

Endereço: _____

Município: _____ UF: _____

CEP: _____ Telefones () _____

Fax: () _____ E-mail: _____

DIRETOR TÉCNICO: _____

Telefones: () _____ Fax: () _____

E-mail: _____

GESTOR: _____

Telefones: () _____ Fax: () _____

E-mail: _____

TIPO DE PRESTADOR	TIPO DE ASSISTÊNCIA
() Federal	() Ambulatorial
() Estadual	() Internação
() Municipal	() Urgência/emergência aberta
() Filantrópico	() Urgência/emergência referida
() Privado	
() Próprio	

- () Atividade de Ensino e Pesquisa
- Unidade universitária ()
 - Unidade escola superior isolada ()
 - Unidade auxiliar de ensino ()
 - Unidade sem atividade de ensino ()

Entrevistados:

_____ Cargo/Função: _____

_____ Cargo/Função: _____

Entrevistadores (delegados):

_____ Função: _____

_____ Função: _____

_____ Função: _____

(*) ANEXAR ORGANOGRAMA DA UNIDADE

1 AMBULATÓRIOS DESTINADOS À ÁREA NEUROCIRÚRGICA
NÚMERO DE ATENDIMENTOS MENSAIS
Frequência mensal em atendimentos/possibilidade real de atendimentos possíveis para o SUS: Nos ambulatórios clínicos:
Neurologia: _____/ _____ Neurofuncional : _____/ _____ Dor: _____/ _____ Epilepsia: _____/ _____ Nos ambulatórios cirúrgicos:
Neurocirurgia: _____/ _____ Microneurocirurgia: _____/ _____ Neuroendovascular: _____/ _____

NÚMERO DE CONSULTÓRIOS

Nos ambulatórios clínicos (salas/consultórios):
Neurologia: _____/_____ Neurofuncional: _____/_____
Dor: _____/_____ Epilepsia: _____/_____
Nos ambulatórios cirúrgicos (salas/consultórios):
Neurocirurgia: _____/_____ Microneurocirurgia: _____/_____
Neuroendovascular: _____/_____

2 SERVIÇO DE IMAGEM (em funcionamento)

Anotar no parêntese: U (na unidade) ou R (referenciado por convênio ou contrato - nome da entidade)

() Rx transportável

() Intensificador de imagem (no centro cirúrgico)

() Ultrassonografia

() Tomografia computadorizada: _____

() Ressonância magnética:_____

() Angiorressonância: _____

() Arteriografia digital: _____

() Ecodoppler: _____

() Ecodoppler transcraniano:_____

() Cintilografia: _____

3 PATOLOGIA CLÍNICA

() Própria () Contratada ou Conveniada: _____

() Plantão de 24 h () Alcançável/dependente de solicitação

EXAMES DE ROTINA

HEMATOLOGIA e BIOQUÍMICA

() Outros: _____

() Hemograma com contagem de plaquetas	() Hemossedimentação	() Troponina	() Provas de compatibilidade sanguínea
() Coagulograma: TC-TS-PL-TAP-PTT	() Gasometria	() Glicose	() Ureia
() Creatinina	() Ácido Úrico	() Proteínas totais e frações	() TGO
() TGP	() GamaGT	() Fosfatase alcalina	() Na
() Cl	() Ca	() Fósforo	() Mg
() PK total	()CPK MB	() Aldolase	() DLH
() Colesterol	() Triglicérios	() Lipase ácida	() T4 livre
() TSH	() PCR	() Dosagem Anticonvulsivantes	() Hemoto/bioquímica líquórica

BACTERIOLOGIA e OUTROS

Bacterioscopia: () Gran () Zihl-Nielsen () Tzanck

Dosagem de anticorpos: () ASO () FTA ABS () Outros _____

Cultura: () Anaeróbios () Aeróbios () Fungos () BK

Testes sorológicos: () VDRL () HIV

4. ANATOMIA PATOLÓGICA

() Própria () Contratada

() Citopatologia () Histopatologia

5. CUIDADOS INTENSIVOS (Nº DE LEITOS)

() UTI: _____ leitos no total () UTI Neurocirurgia: _____ leitos _____

6. HEMOTERAPIA

() Serviço de hemoterapia

() Agência transfusional e posto de coleta

() Agência transfusional

() Laboratório de imuno-hematologia

☐ Transfusão homóloga ☐ Programa de auto-transfusão ☐ Recuperação de hemácias ☐ Hemodiluição normovolêmica
☐ Hemoterapêuta alcançável ☐ Coleta seletiva de elementos (fibrinogênio, plaquetas, fatores, etc.) ☐ Plantão técnico de 24h.

7. CENTRO CIRÚRGICO		
Salas cirúrgicas Salas exclusivas para procedimentos de alta complexidade (total): _____ Salas exclusivas destinadas à neurocirurgia (total): _____		
Material auxiliar ☐ Estereotáxia ☐ Equipamento videocirurgia ☐ Endoscópico ☐ Microscópio cirúrgico ☐ Aspirador ultrassônico ☐ Sensor PIC		
Avaliação das Condições das Áreas Físicas (RDC ANVISA nº 50, de 21 de fevereiro de 2002)		
	ADEQUADO	INADEQUADO (o que corrigir)
Assepsia		
Circulação		
Campos Operatórios		
Vestimenta		

8. RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA (Nº DE LEITOS)
☐ Sala Recuperação : _____ ☐ UTI (com reserva programada): _____

9. APOIO MULTIDISCIPLINAR (quantitativo)		
Especialidade	Rotina	Alcançável
Neurologista: Neurologista Pediátrico: Neurocirurgião:		
Anestesiologista: Cirurgião Geral: Fisiatra: Enfermeiro:		
Técnico de Enfermagem: Auxiliar de Enfermagem: Técnico em Radiologia: Nutricionista:		
Fisioterapia: Terapeuta Ocupacional: Assistente Social: Farmacêutico:		

10. COMISSÃO DE ÉTICA
Existência: ☐ SIM ☐ NÃO Média de Convocações por Ano:_____

11. COMISSÃO DE ÓBITO
☐ Clínico ☐ Anátomo-Patologista ☐ Neurologista
☐ Enfermeiro ☐ Patologista Clínico ☐ Outros/Especificar:
Reunião da Comissão (participantes)
☐ Toda a Comissão ☐ Parte da Comissão ☐ Equipe de Saúde envolvida no óbito
Rotina da Análise
☐ Todos os óbitos são analisados na reunião

() Todos os óbitos são analisados por alguém da comissão e apenas alguns escolhidos para serem vistos na reunião
() Somente são analisados os óbitos em que o êxito letal foi inesperado
() Não há análise rotineira de óbitos

12. PRONTUÁRIO MÉDICO Preenchimento adequado (escolher aleatoriamente 10 prontuários)	
() Existência de Comissão de Prontuário () Avaliação Contínua do Prontuário	
() História e Exame Físico () Descrição de Cirurgia () Prescrição () Relatório de Anestesia () Codificação por médico assistente do CID 10 e código de procedimento () Resumo de Alta () Codificação por terceiros	
() Laudo médico para emissão de AIH () Evolução médica e de enfermagem () Ficha Comissão Infecção	
Conclusão: () Suficiente () Insuficiente (Sugerir correções)	
() Cirurgião () Enfermeiro () Icrobiologista	() Residente () Aux. Enfermagem () Patologista Clínico
() Clínico () Infectologista () Pediatra	() Anestesiologista () Administrador () Farmacêutico

13 - AVALIAÇÃO ESPECÍFICA: NEUROCIRURGIA Anomalias Desenvolvimento e Trauma		
1. Equipe Médica		
Nome	Residência Médica MEC	Título Especialista
Chefe de Serviço (Responsável Técnico) Dr.		
Equipe Dr.		
Dr.		
Dr.		
2. Procedimentos Executáveis		
	Capacidade técnica de execução	Existência de Protocolos
Craniotomia para cisto, abscesso ou granuloma encefálico		
Craniotomia p/ cisto, abscesso ou granuloma encefálico c/ técn complementar		
Craniotomia p/ remoção de corpo estranho intracraniano c/ técn complementar		
Descompressão da órbita		
Microcirurgia cerebral endoscópica		
Microcirurgia da siringomielia		
Reconstrução craniana ou crânio facial		
Tratamento cirúrgico da craniossinostose complexa		
Tratamento cirúrgico da fistula liquórica craniana		
Tratamento cirúrgico da fistula liquórica raquiana		
Tratamento cirúrgico da platibasia e malformação de Arnold Chiari		
Tratamento cirúrgico do hematoma intracerebral com técnica complementar		

Tratamento cirúrgico do disrafismo aberto		
Tratamento cirúrgico do disrafismo oculto		
Trepanação p/ biópsia cerebral, drenagem abscesso ou cisto c/ técn comple		
Tratamento cirúrgico da meningocele ou meningomielocele		
Tratamento conservador do traumatismo cranioencefálico grave		
Tratamento conservador do traumatismo cranioencefálico grave		

14. AVALIAÇÃO ESPECÍFICA: NEUROCIRURGIA - Coluna e Nervos Periféricos		
1. Equipe Médica		
Nome	Residência Médica	Título Especialista
Chefe de Equipe (Responsável Técnico)		
Dr.		
Equipe		
Dr.		
Dr.		
Dr.		
2. Procedimentos Executáveis		
	Capacidade Técnica de Execução	Existência de Protocolos
I Coluna		
Procedimentos Sequenciais de coluna em ortopedia e/ou neurocirurgia		
Discectomia toraco-lombo-sacral por via anterior; um nível		
Discectomia toraco-lombo-sacral por via anterior; dois ou mais níveis		
Discectomia cervical anterior até dois níveis com microscópio		
Discectomia cervic/lombar/lombo-sacra p/ via post; um nível; c/ microscópio		
Discectom cerv/lombar/lombo-sacra; via post; dois/mais níveis; c/ microscóp		
Artrodese occiput-cervical posterior		
Artrodese cervical posterior c1-c2 ;		
Artrodese cervical anterior c1-c2; via transoral ou extraoral		
Artrodese cervical anterior; ate dois níveis;		
Artrodese cervical anterior; três ou mais níveis		
Artrodese cervical ou cervico-toracico posterior; ate dois níveis;		
Artrodese cervic/cerv-torac poster; três ou mais níveis; inclui instrumenta		
Artrodese toraco-lombo-sacra anterior; ate dois níveis; inclui instrumenta		
Artrodese toraco-lombo-sacra anterior; três ou mais níveis; inclui instrumenta		
Artrodese toraco-lombo-sacra posterior; ate dois níveis; inclui instrumenta		
Artrodese toraco-lombo-sacra poster; em três/mais níveis; inclui instrumenta		
Artrodese intersomática via posterior ou póstero-lateral; um nível		
Artrodese intersomática via posterior/póstero-lateral; dois ou mais níveis		
Revisão de artrodese/tto cirúrg; pseudartrose da coluna cervical; anterior		

Revisão de artrodese/tto cirúrg pseudartrose da coluna cervical; posterior		
Revisão artrodes/tto cirúrg pseudartrose; colun torac-lombo-sacra; anterior		
Revisão artrod/tto cirúrg pseudartrose colun torac-lombo-sacra; posterior		
Revisão artrod/tto cirúrg pseudartrose colun torac-lombo-sacra; posterior		
Revisão artrod/tto cirúrg pseudartrose colun torac-lombo-sacra; posterior		
Descompressão da junção crânio-cervical via transoral ou retrofaringea		
Biopsia da lamina ou pedículo ou processos vertebrais a céu aberto		
Biopsia do corpo vertebral a céu aberto		
Biopsia corpo vertebral/lâmina/pedículo vertebrais por dispositivo guiado		
Ressecção de um corpo vertebral cervical		
Ressecção de dois ou mais corpos vertebrais cervicais		
Ressecção de um corpo vertebral toraco-lombo-sacral		
Ressecção de dois ou mais corpos vertebrais toraco-lombo-sacrais		
Vrtebroplastia em um nível por dispositivo guiadoe		
Vertebroplastia de dois ou mais níveis por dispositivo guiado		
Retirada de corpo estranho da coluna cervical por via anterior		
Retirada de corpo estranho da coluna cervical por via posterior		
Retirada de corpo estranho da coluna toracolombo-sacral por via anterior		
Retirada de corpo estranho da coluna toracolombo-sacral por via posterior		
Tratam cirúrg deformidades coluna; via anter e poster; até oito níveis		
Tratam cirúrg deformidades coluna; via anter/poster; nove ou mais níveis		
Tratam cirúrg deformidades coluna; via anterior; até 3 (três) níveis		
Tratam cirúrg deformidades da coluna; via anterior; mais de 3 (três) níveis		
Tratam cirúrg deformidades da coluna; via posterior; até oito níveis		
Tratam cirúrg deformidades coluna; via posterior; nove ou mais níveis		
II- Nervos Periféricos		
Microcirurgia de plexo braquial com exploração e neurólise		
Microcirurgia de plexo braquial com microenxertia		
Microneurólise de nervo periférico		
Microneurorrafia		
Enxerto microcirúrgico de nervo periférico, único nervo		
Enxerto microcirúrgico de nervo periférico, dois ou mais nervos		
Neurotomia seletiva do trigêmeo e outros nervos cranianos		
Tratamento cirúrgico da neuropatia compressiva com ou sem microcirurgia		
Tratamento microcirúrgico de tumor de nervo periférico ou neuroma		

15. AVALIAÇÃO ESPECÍFICA: NEUROCIRURGIA - Tumores		
1. Equipe Médica		
Nome	Residência Médica MEC	Título Especialista
Chefe de Serviço (Responsável Técnico)		
Dr.		
Equipe		
Dr.		
Dr.		
Dr.		
2. Procedimentos Executáveis		
	Capacidade técnica de Execução	Existência de Protocolos
Tratamento conservador de tumor do sistema nervoso central		
Craniectomia para tumor ósseo		
Craniotomia para biopsia encefálica		
Craniotomia para biopsia encefálica com tecnologia complementar		
Craniotomia para tumor intracraniano		
Hipofisectomia transesfenoidal com microcirurgia		
Hipofisectomia transesfenoidal endoscópica		
Ressecção de tumor raquimedular extradural		
Microcirurgia de tumor intradural e extramedular		
Microcirurgia do tumor medular		
Microcirurgia do tumor medular com técnica complementar		
Microcirurgia para biópsia de medula espinhal ou raízes		
Microcirurgia para tumor de órbita		
Microcirurgia para tumor intracraniano		
Microcirurgia para tumor intracraniano com tecnologia complementar		
Microcirurgia para tumores da base do crânio		
Craniotomia para tumor cerebral inclusive da fossa posterior		

16. AVALIAÇÃO ESPECÍFICA: NEUROCIRURGIA - Vascular		
1. Equipe Médica		
Nome	Título SBHCI (área de atuação)	
Chefe de Serviço (Responsável Técnico)		
Dr.		
Equipe		
Dr.		
Dr.		
Dr.		
Dr.		
2. Procedimentos Executáveis		
	Capacidade técnica de execução	Existência de Protocolos
Anastomose vascular extraintra craniana		
Descompressão neurovascular de nervos cranianos		
Microcirurgia para aneurisma da circulação anterior		
Microcirurgia para aneurisma da circulação posterior		
Microcirurgia para MAV		
Microcirurgia para MAV profunda		

Microcirurgia vascular intracraniana com tecnologia complementar		
Tratamento cirúrgico da fistula carótido cavernosa		

17. AVALIAÇÃO ESPECÍFICA: NEUROCIRURGIA FUNCIONAL E DOR		
1. Equipe Médica		
Nome	Residência Médica MEC	Título Especialista
Chefe de Serviço (Responsável Técnico) Dr.		
Equipe Dr.		
Dr.		
Dr.		
Dr.		

2. Procedimentos Executáveis		
	Capacidade técnica de execução	Existência de Protocolos
Biopsia estereotáxica		
Lesão estereotáxica estrutura profunda p/ trat. dor ou movimentos anormais		
Bloqueios prolongados sist nerv periférico ou central c/ uso bomba infusão		
Cordotomia/mielotomia microcirúrgica a céu aberto		
Cordotomia/mielotomia por radiofrequência		
Lesão do sistema neurovegetativo por agentes químicos		
Rizotomia microcirúrgica a céu aberto		
Rizotomia percutânea por radiofrequência		
Rizotomia percutânea com balão		
Simpatectomia lombar a céu aberto		
Simpatectomia lombar videocirúrgica		
Simpatectomia torácica a céu aberto		
Tratamento conservador da dor rebelde de origem central e neoplásica (adulto)		
Tratamento conservador da dor rebelde de origem central e neoplásica (pediátrico)		

18. AVALIAÇÃO ESPECÍFICA: CENTRO REFERÊNCIA - SERVIÇO ENDOVASCULAR		
1. Equipe Médica		
Nome	Área Atuação Endovascular	
Chefe de Serviço (Responsável Técnico) Dr.		
Equipe Dr.		
Dr.		
Dr.		
	Capacidade técnica de execução	Existência de Protocolos
Angioplastia intracraniana para vaso espasmo		
Embolização de aneurisma cerebral menor que 8 mm, com colo estreito		
Embolização de aneurisma cerebral menor que 8 mm, com colo largo		
Embolização de aneurisma cerebral de 8 a 15 mm, com colo estreito		
Embolização de aneurisma cerebral de 8 a 15mm, com colo largo		

Embolização de aneurismas cerebrais maior que 15 mm com colo estreito		
Embolização de aneurismas cerebrais maior que 15 mm com colo largo		
Embolização de fístulas arteriovenosas da cabeça e pescoço		
Embolização de fístulas carótido-cavernosas com balões destacáveis		
Embolização de malformações arteriovenosas durais simples do SNC		
Embolização de malformações arteriovenosas durais complexas do SNC		
Embolização de malformações arteriovenosas intraparenquimatosas do SNC		
Embolização de tumores intracranianos ou da cabeça e pescoço		
Tratamento do aneurisma gigante por oclusão do vaso portador		

19 - AVALIAÇÃO ESPECÍFICA: CENTRO DE REFERÊNCIA - SERVIÇO FUNCIONAL EXTEREOTÁXICA		
1. Equipe Médica		
Nome	Residência Médica MEC	Título Especialista
Chefe de Serviço (Responsável Técnico) Dr.		
Equipe Dr.		
Dr.		
Dr.		
Dr.		
2. Procedimentos Executáveis		
	Capacidade técnica de Execução	Existência de Protocolos
Implante de eletródio para estimulação cerebral		
Implante do gerador de pulsos, inclui conector, para estimulação cerebral		
Troca do gerador de pulsos para estimulação cerebral		
Implante intratecal de bomba de infusão de fármacos		
Implante intraventricular de bomba de infusão de fármacos		
Miectomias superseletivas		
Neurotomia superseletiva para movimentos anormais		
Tratamento do movimento anormal por estereotaxia		
Tratamento do movimento anormal por estereotaxia com microregistro		
Tratamento da dor por estereotaxia		

20. AVALIAÇÃO ESPECÍFICA: CENTRO DE REFERÊNCIA - SERVIÇO EPILEPSIA		
1. Equipe Médica		
Nome	Residência Médica MEC	Título Especialista
Chefe de Serviço (Responsável Técnico) Dr.		
Equipe Dr.		
Dr.		
Dr.		
Dr.		

21 - AVALIAÇÃO DO DIRETOR DA UNIDADE/CHEFE DE SERVIÇO

1 Conhecendo as condições técnicas da unidade que chefiou e as equipes técnicas que nela prestam atendimento da área.

Neurocirurgia Especializada, informo que a unidade tem condições e disponibilidade de prestar atendimento ao paciente Neurológico/Neurocirúrgico do Sistema Único de Saúde (SUS), segundo o padrão assinalado.

Atendimento por especialista, com capacidade de realizar procedimentos neurológicos e neurocirúrgicos de média complexidade (tabela SUS de média complexidade)
() Sim
() Não

Atendimento por especialista com formação específica, com capacidade de realizar procedimentos de Alta Complexidade
() neurocirurgia traseira e anomalias do desenvolvimento
() neurocirurgia coluna e nervos periféricos

() neurocirurgia tumores
() neurocirurgia vascular
() neurocirurgia funcional e dor
() tratamento endovascular

() investigação e neurocirurgia da epilepsia
() neurocirurgia funcional e dor estereotáxica

2. DECLARO AUTÊNTICAS AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTE CADASTRO.

Assinatura do Diretor ou Chefe de Serviço
(carimbo-CRM)

22. INTERESSE COMUNITÁRIO POR ÁREA DE ALTA COMPLEXIDADE			
	Trauma e Anomalias do Desenvolvimento	Coluna e Nervos Periféricos	Tumores
Necessário. Único em 500 km			
Necessário. Único em 100 km			
Necessário. Embora haja outros na área			
Importância técnica como Centro de Alta Complexidade			
Importância política como Centro de Alta Complexidade			
	Vascular	Funcional e Dor	Endovascular
Necessário. Único em 500 km			
Necessário. Único em 100 km			
Necessário. Embora haja outros na área			
Importância técnica como Centro de Alta Complexidade			
Importância política como Centro de Alta Complexidade			
	Epilepsia	Funcional e Dor Estereotáxica	
Necessário. Único em 500 km			
Necessário. Único em 100 km			
Necessário. Embora haja outros na área			
Importância técnica como Centro de Alta Complexidade			
Importância política como Centro de Alta Complexidade			

23. Opinião de outros cirurgiões ou intervencionistas, presidente regional e mais um membro da diretoria e outros profissionais não pertencentes à unidade

ENTREVISTADO	RECOMENDOU	INDIFERENTE	NÃO RECOMENTOU

CONCLUSÕES DOS DELEGADOS

COMENTÁRIOS/Observações relativas à Unidade:

[illegible]

Assinatura do Delegado Assinatura do Delegado Assinatura do Delegado

PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 1, DE 22 DE FEVEREIRO DE 2022 - ANEXOS

DIRETRIZES NEUROCIRURGIA FUNCIONAL ESTEREOTÁXICA

(Origem: Anexo 4-B da PRT SAS/MS 756/2005)

Considerando que o serviço de alta complexidade em neurocirurgia funcional estereotáxica, instalado em centro de referência, deverá realizar: tratamento de anormalidades do movimento com técnicas ablativas ou de neuroestimulação aplicadas ao sistema nervoso central ou sistema nervoso periférico com o uso de equipamento de computação gráfica, recursos de estereotaxia, registro de atividade cerebral profunda, avaliação clínica, laboratorial e de imagem pré e pós-operatória e uso de recursos de laboratório de investigação; tratamento da espasticidade com técnicas ablativas, de neuroestimulação ou de infusão de agentes no sistema nervoso central ou sistema nervoso periférico após avaliação pré-operatória, laboratorial, fisiátrica, neurológica, ortopédica; tratamento de transtornos neuroendócrinológicos, por microcirurgia, endoscopia ou radiofrequência, após avaliação neuroendócrinológica, neuroimagiológica, laboratorial, oftalmológica, métodos de imagem, dosagem de marcadores tumorais e de hormônios na circulação sistêmica e nas veias supraorbitárias; tratamento da dor por métodos ablativos com radiofrequência, criocoagulação, microcirurgia, neuroestimulação ou infusão de fármacos após avaliação funcional, fisiátrica, neurológica, neuropsicológica, psiquiátrica e clínica; biópsia, coleta de substâncias, administração de substâncias e de dispositivos com equipamento de estereotaxia, após avaliação neurológica, clínica, computação gráfica, fusão de imagens, exame

anatomopatológico e microbiológico intraoperatórios; neuroendoscopia. Deve ter disponível equipamento de endoscopia rígido e flexível, pinças, tesouras, coaguladores por radiofrequência, e a laser, sistema de iluminação, fibra óptica.

Considerando os resultados atuais através da medicina baseada por evidência, os resultados da neurocirurgia funcional e a necessidade de oferecer os melhores procedimentos a um maior número de pessoas, baseado no princípio constitucional da igualdade e equidade junto ao Sistema Único de Saúde;

Considerando a necessidade de quantificar o impacto financeiro com a inserção de novas tecnologias no Sistema Único de Saúde;

Fica determinado que os gestores deverão autorizar os procedimentos definidos como classe I, conforme a seguir descrito:

Classe I: há indicação preferencial para o tratamento neurocirúrgico funcional com uso de implantes.

Classe II: não há indicação preferencial quanto ao melhor tratamento neurocirúrgico funcional com ou sem uso de implantes.

Classe III: há indicação preferencial para o tratamento neurocirúrgico sem utilização de implantes.

A - Diretrizes para Implante de Eletródio para Estimulação Cerebral para Movimentos Anormais

Classe I

1. Doentes submetidos procedimento ablativo previamente e que necessite de novo procedimento complementar contralateral, desde que tenha contemplado o tratamento farmacológico, fisiátrico e psiquiátrico com resultados insatisfatórios ou com adversidades.

2. Doentes com doença bilateral e alterações axiais que os credenciem para estimulação bilateral.

3. Doentes com tremor essencial bilateral avançado, irresponsível ao tratamento farmacológico e reabilitacional.

Classe II

1. Primeira intervenção como tratamento de movimentos anormais unilaterais.

2. Movimentos anormais sintomáticos.

Classe III

1. Doentes com Doença de Parkinson Secundária ou Parkinson Plus e/ou demência e déficits motores que comprometam a reabilitação.

B - Diretrizes para Implante de Eletródio para Estimulação Cerebral para Dor

Classe I

1. Dor neuropática rebelde ao tratamento farmacológico, fisiátrico e psiquiátrico, decorrente de lesões encefálicas, em que haja preservação pelo menos parcial da sensibilidade.

Classe II

1. Dor neuropática rebelde ao tratamento farmacológico, fisiátrico e psiquiátrico, decorrente de lesões mielopáticas ou neuropáticas periféricas.

Classe III

1. Dor nociceptiva.

C - Diretrizes para Implante de Eletródio para Estimulação Medular

Classe I

1. Dor neuropática rebelde ao tratamento farmacológico, fisiátrico e psiquiátrico, decorrente de lesões mielopáticas ou neuropáticas periféricas, desde que haja preservação parcial da sensibilidade. Candidatam-se ao implante de geradores aqueles que apresentaram melhora após estimulação elétrica com eletrodo exteriorizado durante pelo menos 2 (duas) semanas.

Classe II

1. Nada.

Classe III

1. Dor nociceptiva.

D - Diretrizes para Implante Intratecal de Bomba de Infusão de Fármacos

Classe I

1. Dor nociceptiva rebelde ao tratamento farmacológico, fisiátrico e psiquiátrico e que tenha apresentado melhora com uso prolongado de opióides administrados por via sistêmica, acompanhada de recidiva ou adversidades e que tenha comprovadamente sido beneficiada com a infusão de opióides no compartimento epidural raquidiano durante pelo menos 2 (duas) semanas.

Classe II

1. Dor nociceptiva e neuropática rebelde ao tratamento farmacológico, fisiátrico e psiquiátrico e que tenha apresentado melhora com uso prolongado de opióides acompanhada de recidiva ou adversidades.

Classe III

1. Doentes com anormalidades psiquiátricas ou com histórias de dependência química, infecções crônicas ou recidivantes.

E - Diretrizes para Implante Intraventricular de Bomba de Infusão de Fármacos

Classe I

1. Dor nociceptiva localizada no segmento cérvico-crâniofacial, rebelde ao tratamento farmacológico, fisiátrico e psiquiátrico e que tenha apresentado melhora com uso prolongado de opióides administrados por via sistêmica, acompanhada de recidiva ou adversidades e que tenha comprovadamente sido beneficiada com a infusão de opióides no compartimento epidural raquidiano durante pelo menos 2 (duas) semanas.

Classe II

1. Dor nociceptiva e neuropática, localizada no segmento cérvico-crâniofacial, rebelde ao tratamento farmacológico, fisiátrico e psiquiátrico e que tenha apresentado melhora com uso prolongado de opióides acompanhada de recidiva ou adversidades.

Classe III

1. Doentes com anormalidades psiquiátricas ou com histórias de dependência química, infecções crônicas ou recidivantes.

ANEXO XIII

DIRETRIZES PARA RADIOTERAPIA CEREBRAL

(Origem: Anexo 4-D da PRT SAS/MS 756/2005)

Os tratamentos radiocirúrgicos seguirão recomendações divididas em três classes fundamentais, adaptadas da literatura médica, conforme se segue:

Classe I: há indicação de tratamento por radiocirurgia cerebral.

Classe II: não há indicação preferencial de melhor tratamento radiocirúrgico cerebral com ou sem uso de implantes.

Classe III: não há indicação de tratamento radiocirúrgico cerebral.

A - INDICAÇÕES DE RADIOCIRURGIA CEREBRAL

CLASSE I:

1. Malformação arteriovenosa (MAV) com nidus compacto, até 4 (quatro) cm de diâmetro localizada em região eloquente (corpo caloso, tronco cerebral, tálamo e hipotálamo) ou profunda;

2. Neurinoma: lesão de até 2 (dois) cm de diâmetro em pacientes com contraindicações para cirurgia, idade acima de 70 (setenta) anos, risco anestésico elevado por doença(s) sistêmica(s) concomitante(s), ou lesão recidivada também de até 2 (dois) cm de diâmetro;

3. Tumor primário infiltrativo ou recidivado na região selar, paraselar e da base do crânio, limitado a até 5 (cinco) cm³ de volume;

4. Metástase única, inacessível cirurgicamente, de tumor primário radiosensível e inteiramente controlado, em paciente com índice de Karnofsky igual ou superior a 70 (setenta).

CLASSE II:

1. Neurinoma: lesão entre 2 (dois) cm até 4 (quatro) cm de diâmetro, mesmo em pacientes com índice de Karnofsky igual ou superior a 70 (setenta).

2. Metástase única superficial, mesmo que de tumor primário radiosensível e inteiramente controlado, em paciente com índice de Karnofsky igual ou superior a 70 (setenta).

CLASSE III:

1. MAV de até 3 (três) cm de diâmetro superficial ou em região não eloquente.

2. MAV maior que 4 (quatro) cm de diâmetro em qualquer localização.

3. Neurinoma maior que 4 (quatro) cm de diâmetro.

4. Metástases múltiplas.

5. Radiocirurgia funcional: distúrbios do movimento, epilepsia, dor etc.

6. Cavernoma de qualquer localização.

7. Acometimento microscópico e meningeal além da doença mensurada radiologicamente.

B - INDICAÇÕES DE RADIOTERAPIA ESTEREOTÁXICA FRACIONADA

A radioterapia estereotáxica fracionada é uma técnica que pode ser utilizada de forma exclusiva ou no tratamento de lesões residuais, em ambos os casos com finalidade curativa.

CLASSE I: 1

1. Tumor cerebral intra-axial primário, de até 4 (quatro) cm de diâmetro, em pacientes com índice de Karnofsky igual ou superior a 70 (setenta).

2. Tumor primário infiltrativo ou residual na região selar, paraselar e da base do crânio, com volume acima de 5 (cinco) cm³.

Classe II

1. Nenhuma

Classe III

1. Metástase(s), lesão(ões) vascular(es) e lesão(ões) recidivada(s).

2. Acometimento microscópico e meningeal além da doença mensurada radiologicamente.

ANEXO XIV

DIRETRIZES PARA TRATAMENTO ENDOVASCULAR

(Origem: Anexo I da PRT SAS/MS 9/2014)

Os tratamentos neurocirúrgicos por via endovascular seguirão recomendações divididas em três classes fundamentais, adaptadas da literatura médica, conforme se segue:

Classe I: a indicação é de tratamento neurocirúrgico por via endovascular.

Classe II: não há indicação preferencial de tratamento por via endovascular sobre o tratamento neurocirúrgico convencional.

Classe III: a indicação é de tratamento neurocirúrgico convencional.

A autorização deve ser dada apenas para as indicações definidos como classe I, a seguir definidos.

A - Diretriz para Tratamento por Via Endovascular dos Aneurismas Saculares Cerebrais:

Classe I

1. Aneurismas de até 15mm (15 milímetros) de diâmetro, com relação de colo para corpo menor que 1:2 e colo menor que 4mm (4 milímetros).

2. Aneurismas da artéria carótida interna, no segmento intracavernoso.

3. Aneurismas relacionados na classe II quando associados à doença sistêmica grave que aumente o risco da cirurgia convencional.

Classe II

1. Aneurismas de até 15mm (quinze milímetros) de diâmetro, com relação de colo para corpo maior do que 1:2 e colo maior do que 4mm (quatro milímetros).

2. Aneurismas gigantes de qualquer topografia possíveis de serem tratados por oclusão do vaso portador com balão destacável.

Classe III

1. Aneurismas gigantes de qualquer topografia, com exceção daqueles possíveis de serem tratados por oclusão do vaso portador com balão destacável.

B - Diretriz para Tratamento por Via Endovascular das Malformações Arteriovenosas (MAV) cerebrais, medulares ou durais:

Classe I

1. MAV grau IV e V de Spetzler

2. MAV Dural craniana ou espinhal

3. MAV da Veia de Galeno

Classe II

1. MAV grau III de Spetzler

2. MAV grau II de Spetzler

3. MAV medulares

Classe III

1. MAV grau I de Spetzler

C - Diretriz para Tratamento Endovascular da doença obstrutiva das carótidas e vertebrais extracranianas:

Classe I

1. Paciente com sintomas do território carotídeo com estenose igual ou maior de 70% (setenta por cento) da carótida interna em pacientes inelegíveis para cirurgia, conforme relacionado abaixo:

1.1 Idade de 75 (setenta e cinco) ou mais anos associada a comorbidades que aumentem o risco cirúrgico

1.2 Estenose pós-radioterapia

1.3 Estenose associada à fibrodisplasia

1.4 Reestenose

1.5 Bifurcação carotídea alta ao nível de C2

1.6 Presença de outras estenoses intracranianas a montante

1.7 Com oclusão da carótida contralateral

Classe II

1. Paciente com estenose carotídea assintomática

2. Paciente com estenose da artéria vertebral

Classe III

1. Pacientes sintomáticos com estenose igual ou maior de bifurcação da carótida comum.

D - Diretriz para Tratamento Endovascular do Espasmo Vascular Cerebral:

Classe I

1. Paciente com sintomas de espasmo vascular cerebral relacionados à ruptura de aneurisma cerebral, refratário às medidas de terapia intensiva: realizar o procedimento nas primeiras 24 (vinte e quatro) horas (angioplastia).

Classe II

1. Paciente com espasmo vascular cerebral difuso ou com estado clínico grave.

Classe III

1. Nada

E - Diretriz para Tratamento Pré-operatório por Via Endovascular dos Tumores da Coluna Vertebral e do Crânio:

Classe I

1. Tumores hipervascularizados como: nasoangiofibroma juvenil, paragangliomas, hemangioblastomas, meningiomas, tumores ósseos primários ou metastáticos.

Classe II

1. Nada.

Classe III

1. Tumores parenquimatosos.

F - Diretriz para Tratamento por Via Endovascular de outras situações:

Classe I

1. Tratamento da fístula carótido-cavernosa.
2. Aneurisma dissecantes com ou sem pseudoaneurisma.
3. Aneurismas fusiformes.
4. Teste de oclusão arterial com balão.
5. Fístulas arteriovenosas cérvicocranianas.

Classe II

1. Nada.

Classe III

1. Nada.

G - Diretriz para Tratamento Endovascular da doença isquêmica crônica das artérias intracranianas:

Classe I

1. Nada

Classe II

1. Pacientes sintomáticos com estenose significativa em que o tratamento clínico não se mostrou eficaz (angioplastia com stent).

Classe III

1. Nada

H - Diretriz para Tratamento Endovascular da doença isquêmica aguda das artérias intracranianas:

Classe I

1.Nada

Classe II

1. Nada

Classe III

1. Nada

ANEXO XV

NORMAS DE CREDENCIAMENTO E HABILITAÇÃO DAS UNIDADES DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA E DOS CENTROS DE REFERÊNCIA EM TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA DE ALTA COMPLEXIDADE

(Origem: Anexo 1 da PRT SAS/MS 90/2009)

1 NORMAS GERAIS

1.1 Planejamento/Distribuição das Unidades

As secretarias de saúde dos estados deverão estabelecer um planejamento regional para a distribuição das unidades de assistência de alta complexidade em traumatologia e ortopedia e centros de referência em traumatologia e ortopedia de alta complexidade com seus serviços, conforme a produção mínima estabelecida neste Anexo, por hospital, a fila de espera por cirurgia traumato-ortopédica e a disponibilidade orçamentária.

As unidades de assistência e os centros de referência devem oferecer, obrigatoriamente e conforme os parâmetros e disposições estabelecidos neste Anexo, todos os procedimentos de média complexidade compatíveis com os respectivos serviços relacionados, e fazer o acompanhamento dos doentes tratados.

As unidades de assistência, quando devidamente habilitadas, e os centros de referência devem oferecer, obrigatoriamente e conforme os parâmetros e disposições estabelecidos neste Anexo, todos os procedimentos de alta complexidade compatíveis com os respectivos serviços relacionados, e fazer o acompanhamento dos doentes tratados.

1.2 Processo de Credenciamento e Habilitação

Entende-se por credenciamento de uma unidade de assistência ou de centro de referência o ato do respectivo gestor municipal ou estadual do SUS de contratar/conveniar para que preste serviço de média e alta complexidade ao SUS o hospital já cadastrado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e que tenha o perfil definido nos arts. 68 a 70. Entende-se por habilitação de uma unidade de assistência ou de um centro de referência em traumatologia e ortopedia a ratificação pelo gestor federal do credenciamento para procedimentos de alta complexidade em traumatologia e ortopedia, feito pelo gestor municipal ou estadual do SUS, em processo devidamente encaminhado ao Ministério da Saúde pelo respectivo gestor estadual do SUS.

1.2.1 O processo de credenciamento/habilitação de unidade de assistência ou de centro de referência em traumatologia e ortopedia inicia-se com a solicitação por parte do estabelecimento de saúde ao respectivo gestor do SUS, da esfera municipal ou estadual, ou por proposta desse gestor ao estabelecimento.

1.2.2 O processo de credenciamento/habilitação deverá ser formalizado pela secretaria estadual de saúde ou pela secretaria municipal de saúde. O respectivo gestor do SUS, uma vez concluída a análise preconizada, atendida a necessidade e os critérios estratégicos e técnicos para credenciamento/habilitação exarados na Seção IV do Capítulo I do Título II e Anexo XVI dará início ao processo de credenciamento. A ausência desta avaliação ou da aprovação por parte do respectivo gestor do SUS impede a sequência do processo.

1.2.3 O processo de credenciamento/habilitação, ao ser formalizado pelo respectivo gestor do SUS, deverá ser instruído com:

1.2.3.1 documento de solicitação/aceitação de credenciamento/habilitação por parte do estabelecimento de saúde pelo diretor do hospital;

1.2.3.2 formulário para vistoria do gestor (Anexo XVI) preenchido e assinado, pelos respectivos gestores do SUS;

1.2.3.3 documentação comprobatória do cumprimento das exigências para credenciamento/habilitação estabelecidas neste Anexo;

1.2.3.4 parecer conclusivo do respectivo gestor do SUS - manifestação expressa, firmada pelo Secretário da Saúde, em relação ao credenciamento.

1.2.3.5 manifestação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) aprovando o credenciamento do hospital e respectivos serviços bem como a informação sobre o impacto financeiro no custeio do hospital especificamente para a habilitação em pauta.

1.2.4 Uma vez emitido o parecer a respeito do credenciamento pelo(s) gestor(es) do SUS e, se o mesmo for favorável, o processo com a documentação comprobatória ficará na posse do gestor do SUS, disponível ao Ministério da Saúde para fins de supervisão e auditoria.

1.2.5 Para a habilitação com vistas aos procedimentos de alta complexidade, a secretaria de estado da saúde encaminhará à Coordenação Geral de Atenção Especializada (CGAE) e Departamento de Atenção Especializada e Temática (CGAE/DAET/SAES/MS) os seguintes documentos:

I - formulário de vistoria do gestor (Anexo XVI) preenchido e assinado pelo respectivo gestor do SUS.

II - resolução da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) aprovando o credenciamento do hospital como unidade de assistência ou do centro de referência, bem como a informação sobre o impacto financeiro no custeio do hospital, especificamente para a habilitação em pauta.

fício do gestor estadual encaminhando a solicitação de habilitação.

1.2.6 O Ministério da Saúde avaliará o formulário de vistoria encaminhado pela secretaria de estado da saúde, e a habilitação, se necessário, estará vinculada à vistoria in loco pelo Ministério da Saúde.

1.2.7 Caso a avaliação seja favorável, a Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES) tomará as providências para a publicação da habilitação.

1.2.8 - Em caso de pendências o Ministério da Saúde informará a respectiva secretaria de estado da saúde para conhecimento, manifestação e providências.

1.3 Disposições Gerais

Os hospitais a serem credenciados/habilitados como unidade de assistência ou centro de referência em traumatologia e ortopedia de alta complexidade deverão:

I. apresentar alvará de funcionamento (licença sanitária) e se enquadrar nos critérios e normas estabelecidos pela legislação em vigor ou outros ditames legais que as substituam ou complementem;

II. integrar o sistema de referência e contrarreferência hierarquizado e participar dos programas de intercâmbio técnico-científico da secretaria municipal de saúde, secretaria de estado da saúde ou Ministério da Saúde. Como intercâmbio técnico-científico deve-se também considerar o desenvolvimento ou participação nas ações de prevenção e detecção precoce de doenças do sistema músculo esquelético, de maneira articulada com os programas e normas definidos pelo Ministério da Saúde ou secretaria de saúde do estado ou município;

III. adotar política de humanização e de melhoria de qualidade da assistência, de acordo com normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde;

IV. ter em funcionamento, devidamente documentado por atas ou documentos afins, as comissões exigidas pelo Ministério da Saúde, secretarias de saúde e Conselhos Federal e Regional de Medicina;

V. possuir um prontuário único para cada paciente, que inclua todos os tipos de atendimento a ele referentes (ambulatorial, internação, pronto atendimento, urgência, clínico, cirúrgico), contendo as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento. Os prontuários deverão estar devidamente ordenados no serviço de arquivo médico. São informações mínimas e indispensáveis do prontuário, devidamente assinadas pelo(s) respectivo(s) profissional(ais) responsável(eis):

a - identificação do paciente;

b - histórico clínico e exame físico;

c - exames complementares;

d - diagnóstico definitivo e seu exame de comprovação;

e - planejamento terapêutico global;

f - indicação de procedimento cirúrgico, diagnóstico ou terapêutico;

g - ficha anestésica;

h - descrição de ato cirúrgico, em ficha específica, contendo: identificação da equipe, descrição do ato operatório e do material usado e selos correspondentes (para implantes), e preenchimento da ficha de remoção de implantes, conforme exigido em legislação específica;

i - descrição da evolução do caso;

j - sumário(s) de alta hospitalar resumindo as condições de alta, os procedimentos executados durante a internação com os códigos pertinentes, cuidados especiais a serem tomados após a alta e data e local de retorno;

l - ficha de registro de infecção hospitalar;

m - evolução e seguimento ambulatorial;

n - documentos de referência e contrarreferência;

o - o plano de cuidados repassado, quando do encaminhamento de doentes para outros estabelecimentos de saúde, orientações técnicas dadas à distância, e atendimentos a doentes contrarreferidos para cuidados específicos, inclusive de urgência; e

p - cópia do laudo para Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e da AIH formulário.

VI. Possuir rotinas e normas de diagnóstico e tratamento, escritas, atualizadas a cada 4 (quatro) anos e assinadas pelo responsável técnico pela unidade de assistência ou centro de referência. As rotinas e normas devem abordar todos os processos envolvidos na assistência e administração e contemplar os seguintes itens:

a - manutenção preventiva e corretiva de materiais e equipamentos;

b - indicação do procedimento cirúrgico;

c - protocolos médicos;

d - protocolos de enfermagem;

e - protocolo de fisioterapia e terapia ocupacional;

f - suporte nutricional;

g - controle de infecção hospitalar;

h - acompanhamento ambulatorial dos pacientes;

i - tecnovigilância nas complicações das artroplastias que envolvam remoção de prótese;

j - avaliação de satisfação do cliente;

l - escala dos profissionais em sobreaviso, das referências interinstitucionais e dos serviços terceirizados.

2 ESTRUTURA FÍSICA E FUNCIONAL MÍNIMA PARA SERVIÇOS HOSPITALARES GERAIS

2.1 Ambulatório - assistência ambulatorial em:

a) clínica médica;

b) clínica pediátrica;

c) eletrocardiografia; e

d) sala para curativos e pequenos procedimentos cirúrgicos, com materiais próprios.

2.2 Pronto atendimento que funcione nas 24 (vinte e quatro) horas, para os casos de urgência traumato-ortopédica dos doentes matriculados no hospital.

2.3 Serviços de Diagnóstico: todas as seguintes modalidades de diagnóstico disponíveis para o atendimento ambulatorial e de internação, de rotina e de urgência:

I - laboratório de patologia clínica, no qual se realizem os seguintes exames:

- a - bioquímica;
- b - hematologia geral;
- c - citologia de líquidos orgânicos e liquor;
- d - parasitologia;
- e- análise sumária de urina;
- f- bacteriologia e antibiograma;
- g - gasometria arterial; e
- h - imunologia geral.

Nota 1: Os exames descritos nas alíneas "c", "f" e "h" podem ser realizados em serviços instalados dentro ou fora da estrutura hospitalar, no caso de unidade de assistência, e, no caso de centro de referência, o hospital deve realizar estes exames dentro de sua estrutura funcional, devendo a disponibilidade do atendimento, sob a concordância e regulação do respectivo gestor do SUS.

Nota 2: Exceto no caso dos hospitais com serviço de traumatologia e ortopedia de urgência, os exames descritos acima podem ser realizados em serviços instalados dentro ou fora da estrutura hospitalar, devendo a disponibilidade do atendimento, sob a concordância e regulação do respectivo gestor do SUS.

II - diagnóstico por imagem - exames de:

- a - radiologia convencional (aparelho de no mínimo 500mA);
- b - ultrassonografia, incluindo doppler para exame da árvore arterial e venosa dos membros;
- c - tomografia computadorizada; e
- d - ressonância magnética.

Nota: Os exames descritos nas alíneas "c" e "d" são imprescindíveis para a habilitação com vistas aos procedimentos de alta complexidade e podem ser realizados em serviços instalados dentro ou fora da estrutura hospitalar, devendo a disponibilidade do atendimento, sob a concordância e regulação do respectivo gestor do SUS.

III - endoscopia com capacidade para realizar os seguintes procedimentos:

- a - endoscopia digestiva; e
- b - endoscopia respiratória.

Nota: Exceto no caso dos hospitais com serviço de traumatologia e ortopedia de urgência, os exames descritos acima podem ser realizados em serviços instalados dentro ou fora da estrutura hospitalar, devendo a disponibilidade do atendimento, sob a concordância e regulação do respectivo gestor do SUS.

IV - laboratório de anatomia patológica, no qual se realizem os seguintes exames:

- a - citologia; e
- b - anátomo-patologia de peças cirúrgicas.

Nota: os exames descritos acima podem ser realizados em laboratórios instalados dentro ou fora da estrutura hospitalar, devendo a disponibilidade do atendimento, sob a concordância e regulação do respectivo gestor do SUS.

2.4 Enfermaria: com leitos cirúrgicos e de clínica médica e/ou clínica pediátrica.

2.5 Centro Cirúrgico: deverá dispor de central de esterilização com fluxo de roupa e de material servido independente do esterilizado. As técnicas de esterilização disponíveis deverão estar de acordo com as normas vigentes.

2.6 Unidade de Terapia Intensiva: de acordo com a legislação vigente.

Nota: a unidade de terapia intensiva é imprescindível para a habilitação com vistas aos procedimentos de alta complexidade.

2.7 Hemoterapia disponível nas 24 (vinte e quatro) horas do dia, por agência transfusional ou estrutura de complexidade maior, dentro do que rege a RDC Anvisa 34, de 11 de junho de 2014, ou outra que venha a alterá-la ou substituí-la.

2.8 Farmácia hospitalar que deverá obedecer às normas vigentes.

2.9 Apoio Multidisciplinar: atividades técnico-assistenciais que devem ser realizadas em regime ambulatorial e de internação, de rotina e de urgência, pelos respectivos profissionais médicos, devidamente qualificados nas seguintes áreas:

- a) clínica geral;
- b) clínica pediátrica;
- c) anestesiologia;
- d) terapia Intensiva;
- e) cirurgia geral;
- f) cirurgia pediátrica;
- g) cirurgia vascular;
- h) neurocirurgia;
- i) cirurgia plástica;
- j) microcirurgia;
- l) urologia;
- m) cirurgia torácica;
- n) endoscopia digestiva;
- o) endoscopia respiratória;
- p) neurologia; e
- q) cirurgia da mão.

Nota: os profissionais das alíneas "g", "h", "i", "j", "k", "l", "m", "n", "o" e "p" podem compor a equipe de apoio multidisciplinar, em caráter permanente ou alcançável com comprovação obrigatória de contrato do profissional com o preposto.

2.10 Apoio Multiprofissional: atividades técnico-assistenciais que devem ser realizadas em regime ambulatorial e de internação, de rotina e de urgência, pelos respectivos profissionais, devidamente qualificados nas seguintes áreas:

- a) enfermagem;
- b) serviço Social;
- c) nutrição;
- d) psicologia clínica ou psiquiatria; e
- e) fisioterapia.

Nota 1: o profissional da alínea "e" pode compor a equipe de apoio multiprofissional, em caráter permanente ou alcançável.

Nota 2: o atendimento fisioterápico pré e pós-operatório, durante a internação, poderá ser prestado por profissional próprio do hospital ou por este terceirizado.

Nota 3: a fisioterapia ambulatorial, quando indisponível na própria estrutura hospitalar, pode ser disponibilizada em outro estabelecimento de saúde, devendo este atendimento estar sob a concordância e regulação do respectivo gestor do SUS.

2.11 Cuidados prolongados: para fins de credenciamento/habilitação de hospitais como unidade de assistência ou centro de referência em traumatologia e ortopedia, os cuidados prolongados dos respectivos doentes devem ser prestados na própria estrutura hospitalar ou poderão ser desenvolvidos, de forma integrada, com outros estabelecimentos da Rede de Atenção à Saúde, desde que:

a) a rede seja formalizada pelo respectivo gestor do SUS na área de abrangência da unidade de assistência ou centro de referência;

b) cada estabelecimento integrante da rede tenha o seu papel definido, bem como os mecanismos de relacionamento entre eles;

c) a referência entre os serviços seja feita em conjunto e sob regulação do respectivo gestor do SUS;

d) os doentes sejam encaminhados com seus respectivos planos de cuidados;

e) as unidades de assistência e centros de referência ofereçam suporte à distância e assumam a responsabilidade pelo atendimento de doentes contrarreferidos para seguimento nos serviços nos quais recebeu assistência nestas unidades ou centros e cuidados de urgência; e

f) as unidades de assistência e os centros de referência ofereçam em conjunto com o respectivo gestor do SUS treinamento específico para os profissionais da rede.

3 ESTRUTURA FÍSICA E FUNCIONAL MÍNIMA PARA SERVIÇOS HOSPITALARES ESPECÍFICOS

3.1 Ambulatório - assistência ambulatorial em:

a) ambulatório de traumatologia e ortopedia;

b) sala de curativos e de imobilizações;

c) sala de reabilitação/ fisioterapia / terapia ocupacional;

d) aparelho transportável de radiografia.

Nota: o Item "c", quando indisponível na própria estrutura hospitalar, pode ser disponibilizado em outro estabelecimento de saúde, devendo este atendimento estar sob a concordância e regulação do respectivo gestor do SUS.

3.2 Serviços de diagnóstico: a seguinte modalidade de diagnóstico disponível para o atendimento ambulatorial e de internação, de rotina e de urgência:

a) aparelho de RX transportável.

3.3 Enfermaria, com o mínimo de 8 (oito) leitos específicos ou de reserva programada destinados ao atendimento em de traumatologia e ortopedia.

3.4 Centro cirúrgico, deverá dispor de:

a) sala exclusiva ou destinada por turnos cirúrgicos em caráter exclusivo por escala fixa à traumatologia e ortopedia;

b) mesa ortopédica apropriada para uso de intensificador de imagens;

c) intensificador de imagens;

d) aparelho de RX transportável exclusivo;

e) material de videoscopia;

f) microscópio para procedimentos microcirúrgicos; e

g) material de implante para síntese ou próteses de substituição, necessários à realização dos procedimentos de traumatologia e ortopedia.

NOTA: o item especificado na alínea "e" pode fazer parte do arsenal do hospital ou terceirizado com preposto com o contrato; o item especificado na alínea "f" é opcional para o credenciamento/habilitação do hospital como unidade de assistência em de traumatologia e ortopedia,

desde que não realize procedimentos microcirúrgicos.

3.5 Transplantes: deverá ser garantido acesso a banco de tecidos, para transplante osso, quando indicado, que pode ser realizado no próprio hospital, se devidamente credenciado e habilitado para tal, ou formalizado com outros estabelecimentos de saúde em conformidade com a regulação do Sistema Nacional de Transplantes.

3.6 Recursos Humanos

A unidade de assistência em de traumatologia e ortopedia deve:

a) contar com um responsável técnico, médico com certificado de especialista em traumatologia e ortopedia emitido pela Associação Médica Brasileira (AMB). Ele poderá assumir a responsabilidade técnica por uma única unidade de assistência ou centro de referência, devendo residir no mesmo município ou cidades circunvizinhas. Poderá, entretanto, atuar como profissional em outro serviço credenciado pelo SUS.

b) para cada serviço em que pretende credenciamento/habilitação, a unidade de assistência ou centro de referência deverá contar com, pelo menos, mais um médico com certificado de especialista em traumatologia e ortopedia emitido pela Associação Médica Brasileira (AMB).

c) contar com profissionais de enfermagem em quantitativo suficiente para o atendimento de ambulatório, enfermaria e centro cirúrgico, de acordo com as normas vigentes.

4 CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

4.1 Serviço de traumatologia e ortopedia

Obrigatoriamente, todos os itens de 1.3 - Disposições Gerais e todos os itens dos serviços gerais e específicos para a assistência pediátrica e de adultos.

4.2 Serviço de Traumatologia e Ortopedia Pediátrica (até 21 anos)

Obrigatoriamente, todos os itens de 1.3 - Disposições Gerais e todos os itens dos serviços gerais e específicos, com as seguintes especificidades para a assistência pediátrica:

a) enfermaria de clínica pediátrica;

b) clínico pediátrico; e

c) cirurgião pediátrico.

4.3 Serviço de Traumatologia e Ortopedia de Urgência

Obrigatoriamente, todos os itens de 1.3 - Disposições Gerais e todos os itens dos serviços gerais e específicos para a assistência pediátrica e de adultos, exceto por cuidados prolongado e transplantes.

5 CARACTERIZAÇÃO DO CENTRO DE REFERÊNCIA

Obrigatoriamente, todos os itens de 1.3 - Disposições Gerais e todos os itens dos serviços gerais e específicos, com as seguintes especificidades:

a) serviço de traumatologia e ortopedia;

b) serviço de traumatologia e ortopedia pediátrica;

c) diagnóstico por imagem - exames de tomografia computadorizada e ressonância magnética na estrutura hospitalar;

d) laboratório de anatomia patológica - exames de citologia e de anátomo-patologia de peças cirúrgicas na estrutura hospitalar;

e) exames de endoscopia digestiva e respiratória na própria estrutura hospitalar;

f) material de videoscopia próprio da unidade;

g) microscópio para procedimentos microcirúrgicos;

h) apoio multidisciplinar: especialistas em cirurgia vascular, neurocirurgia, cirurgia plástica, microcirurgia, urologia, cirurgia torácica, endoscopia, neurologia, e cirurgia da mão do próprio hospital ou conveniado;

i) apoio multiprofissional: psicólogo ou psiquiatria e fisioterapeuta do próprio hospital;

j) capacitação de profissionais em traumatologia e ortopedia: residência médica em traumatologia e ortopedia, curso de capacitação em serviço em enfermagem traumato-ortopédica.

6 AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS

Os hospitais credenciados como unidades de assistência devem realizar, pelo SUS, consultas gerais em ortopedia, em uma proporção mínima de 15 (quinze) consultas para cada procedimento cirúrgico.

Os hospitais credenciados como unidades de assistência devem realizar, pelo SUS, no mínimo, 40 (quarenta) procedimentos de cirurgia de traumatologia e ortopedia, por leito, por ano.

Os hospitais credenciados como unidades de assistência, habilitados para procedimentos de alta complexidade, e os centros de referência devem realizar, pelo SUS, no mínimo 12 (doze) procedimentos de cirurgia traumato-ortopédica de média complexidade para cada procedimento de alta complexidade (7%-8% (sete por cento-oito por cento)).

A avaliação da prestação de serviços será realizada anualmente. O hospital credenciado/habilitado que não tenha alcançado o mínimo de procedimentos cirúrgicos nos últimos 12 (doze) meses terá sua habilitação reavaliada.

ANEXO XVI

FORMULÁRIO PARA VISTORIA DO GESTOR

(Origem: Anexo 2 da PRT SAS/MS 90/2009)

(Deve ser preenchido e assinado pelo gestor. Esse formulário não deve ser modificado e/ou substituído)

ALTA COMPLEXIDADE EM TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA

NOME DA UNIDADE: _____

CNPJ: _____CNES:_____

TIPO DE PRESTADOR (NATUREZA): _____

ENDEREÇO: _____

MUNICÍPIO: _____ESTADO: ____

CEP:_____TELEFONE: ()_____

FAX: ()_____

EMAIL: _____

DIRETOR TÉCNICO: _____

Tipos de Assistência:

() Ambulatorial () Internação () Urgência/emergência aberta () Urgência/emergência referida

SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO PARA:

() Unidades de assistência em Traumatologia e Ortopedia

() Centros de referência em Traumatologia e Ortopedia*

*O estabelecimento de saúde foi certificado como hospital de ensino através da Portaria:

SERVIÇOS :

() 155/001 - Serviço de Traumatologia e Ortopedia

() 155/002 - Serviço de Traumatologia e Ortopedia Pediátrica (até 21 (vinte e um) anos de idade)

() 155/003 - Serviço de Traumatologia e Ortopedia de Urgência

NORMAS DE CREDENCIAMENTO E HABILITAÇÃO DAS UNIDADES DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA E DOS CENTROS DE REFERÊNCIA EM TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA DE ALTA COMPLEXIDADE

1 DISPOSIÇÕES GERAIS:

1.1 O hospital a ser credenciado/habilitado como unidade de assistência ou centro de referência em traumatologia e ortopedia possui:

a) alvará de funcionamento (licença sanitária) e se enquadra nos critérios e normas estabelecidos pela legislação em vigor ou outros ditames legais que as substituam ou complementem.

() Sim () Não

b) Integra o sistema de referência e contrarreferência hierarquizado e participa dos programas de intercâmbio técnico-científico da secretaria municipal de saúde, secretaria de estado da saúde ou Ministério da Saúde.

() Sim () Não

c) Adota política de humanização e de melhoria de qualidade da assistência, de acordo com normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

() Sim () Não

d) Tem em funcionamento, devidamente documentado por atas ou documentos afins, as comissões exigidas pelo Ministério da Saúde, secretarias de saúde e Conselhos Federal e Regional de Medicina.

() Sim () Não

e) Possui um prontuário único para cada paciente, que inclua todos os tipos de atendimento a ele referentes (ambulatorial, internação, pronto atendimento, urgência, clínico, cirúrgico), contendo as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento.

() Sim () Não

f) Os prontuários estão devidamente ordenados no serviço de arquivo médico.

() Sim () Não

Possui as informações mínimas e indispensáveis do prontuário, devidamente assinadas pelo(s) respectivo(s) profissional(ais) responsável(eis):

- identificação do paciente () Sim () Não

- histórico clínico e exame físico () Sim () Não

- exames complementares () Sim () Não

- diagnóstico definitivo e seu exame de comprovação () Sim () Não

- planejamento terapêutico global () Sim () Não

- indicação de procedimento cirúrgico, diagnóstico ou terapêutico () Sim () Não

- ficha anestésica () Sim () Não

- Descrição de ato cirúrgico, em ficha específica contendo: identificação da equipe, descrição do ato operatório e do material usado e selos correspondentes (para implantes), e preenchimento da ficha de remoção de implantes, conforme exigido em legislação específica () Sim () Não

- descrição da evolução do caso () Sim () Não

- sumário(s) de alta hospitalar resumindo as condições de alta, os procedimentos executados durante a internação com os códigos pertinentes, cuidados especiais a serem tomados após a alta e data e local de retorno () Sim () Não

- ficha de registro de infecção hospitalar () Sim () Não

- evolução e seguimento ambulatorial () Sim () Não

- documentos de referência e contrarreferência () Sim () Não

- plano de cuidados repassado, quando do encaminhamento de doentes para outros estabelecimentos de saúde, orientações técnicas dadas à distância, e atendimentos a doentes contrarreferidos para cuidados específicos, inclusive de urgência () Sim () Não

- cópia do laudo para Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e da AIH formulário () Sim () Não

g) Possui rotinas e normas de diagnóstico e tratamento, escritas, atualizadas a cada 4 (quatro) anos e assinadas pelo responsável técnico pela unidade de assistência ou centro de referência. () Sim () Não

As rotinas e normas abordam todos os processos envolvidos na assistência e administração e contemplar os seguintes itens:

- manutenção preventiva e corretiva de materiais e equipamentos () Sim () Não

- indicação do procedimento cirúrgico () Sim () Não

- protocolos médicos () Sim () Não

- protocolos de enfermagem () Sim () Não

- protocolo de fisioterapia e terapia ocupacional () Sim () Não

- suporte nutricional () Sim () Não

- controle de infecção hospitalar () Sim () Não

- acompanhamento ambulatorial dos pacientes () Sim () Não

- tecnovigilância nas complicações das artroplastias que envolvam remoção de prótese () Sim () Não

- avaliação de satisfação do cliente () Sim () Não

- escala dos profissionais em sobreaviso, das referências inter-institucionais e dos serviços terceirizados () Sim () Não

2 ESTRUTURA FÍSICA E FUNCIONAL MÍNIMA PARA SERVIÇOS HOSPITALARES GERAIS

2.1 AMBULATÓRIO

Possui:

a) clínica médica () Sim () Não

b) clínica pediátrica () Sim () Não

c) eletrocardiografia () Sim () Não

d) sala para curativos e pequenos procedimentos cirúrgicos, com materiais próprios () Sim () Não

2.2 Possui pronto atendimento que funcione nas 24 (vinte e quatro) horas, para os casos de urgência traumato-ortopédica dos doentes matriculados no hospital. () Sim () Não

2.3 SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO

Possui todas as seguintes modalidades de diagnóstico disponíveis para o atendimento ambulatorial e de internação de rotina e de urgência:

a) laboratório de patologia clínica, no qual se realizem os seguintes exames:

- bioquímica () Sim () Não

- hematologia geral () Sim () Não

- citologia de líquidos orgânicos e liquor () Sim () Não

- parasitologia () Sim () Não

- análise sumária de urina () Sim () Não

- bacteriologia e antibiograma () Sim () Não

- gasometria arterial () Sim () Não

- imunologia geral () Sim () Não

b) diagnóstico por imagem - exames de:

- radiologia convencional (aparelho de no mínimo 500 mA) () Sim () Não

- ultrassonografia, incluindo doppler para exame da árvore arterial e venosa dos membros ()

Sim () Não

- tomografia computadorizada () Sim () Não

- ressonância magnética () Sim () Não

- tomografia computadorizada (Se não for própria, indicar a referência)

Serviço:_____

CNPJ:_____

- ressonância magnética (Se não for própria, indicar a referência)

Serviço:_____

CNPJ:_____

c) endoscopia com capacidade para realizar os seguintes procedimentos:

- endoscopia digestiva () Sim () Não

- endoscopia respiratória () Sim () Não

d) laboratório de anatomia patológica, no qual se realizem os seguintes exames:

- citologia () Sim () Não

- anátomo-patologia de peças cirúrgicas () Sim () Não

2.3 Possui enfermaria com leitos cirúrgicos e de clínica médica e/ou clínica pediátrica () Sim ()

Não

2.4 Possui centro cirúrgico e dispõe de central de esterilização com fluxo de roupa e de material servido independente do esterilizado () Sim () Não

2.5 Possui unidade de terapia intensiva A de acordo com a legislação vigente () Sim () Não

2.6 Possui hemoterapiua disponível nas 24 (vinte e quatro) horas do dia, por agência transfusional ou estrutura de complexidade maior, dentro do que rege a RDC Anvisa nº 34, de 11 de junho de 2014, ou outra que venha a alterá-la ou substitui-la () Sim () Não

2.7 Possui farmácia hospitalar de acordo com as normas vigentes () Sim () Não

2.8 Apoio multidisciplinar: possui atividades técnico-assistenciais realizadas em regime ambulatorial e de internação, de rotina e de urgência, pelos respectivos profissionais médicos, devidamente qualificados nas seguintes áreas:

a) clínica geral () Sim () Não

b) clínica pediátrica () Sim () Não

c) anestesiologia () Sim () Não

d) terapia intensiva () Sim () Não

e) cirurgia geral () Sim () Não

f) cirurgia pediátrica () Sim () Não

g) cirurgia vascular () Sim () Não

h) neurocirurgia () Sim () Não

i) cirurgia plástica () Sim () Não

j) microcirurgia () Sim () Não

l) urologia () Sim () Não

m) cirurgia torácica () Sim () Não

n) endoscopia digestiva () Sim () Não

o) endoscopia respiratória () Sim () Não

p) neurologia () Sim () Não

q) cirurgia da mão () Sim () Não

2.9 Apoio multiprofissional: possui atividades técnico-assistenciais realizadas em regime ambulatorial e de internação, de rotina e de urgência, pelos respectivos profissionais, devidamente qualificados nas seguintes áreas:

a) enfermagem () Sim () Não

b) serviço social () Sim () Não

c) nutrição () Sim () Não

d) psicologia clínica ou psiquiatria () Sim () Não

e) fisioterapia () Sim () Não

2.10 Cuidados prolongados: os cuidados prolongados dos respectivos doentes são prestados:

a) na própria estrutura hospitalar () Sim () Não

c) em outros estabelecimentos da rede de atenção à saúde () Sim () Não

3 ESTRUTURA FÍSICA E FUNCIONAL MÍNIMA PARA SERVIÇOS HOSPITALARES ESPECÍFICOS

3.1 AMBULATÓRIO

Possui:

a) ambulatório de traumatologia e ortopedia () Sim () Não

b) sala de curativos e de imobilizações () Sim () Não

c) sala de reabilitação/ fisioterapia / terapia ocupacional () Sim () Não

d) aparelho transportável de radiografia () Sim () Não

3.2 SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO

Possui a seguinte modalidade de diagnóstico disponíveis para o atendimento ambulatorial e de internação, de rotina e de urgência:

a) aparelho de RX transportável () Sim () Não

3.3 Possui enfermaria com o mínimo de 8 (oito) leitos específicos ou de reserva programada destinados ao atendimento em ortopedia ou traumatologia () Sim () Não

3.4 Possui centro cirúrgico e dispõe de:

a) sala exclusiva ou destinada por turnos cirúrgicos em caráter exclusivo por escala fixa à traumatologia e ortopedia () Sim () Não

b) mesa ortopédica apropriada para uso de intensificador de imagens () Sim () Não

c) intensificador de imagens () Sim () Não

d) aparelho de RX transportável exclusivo () Sim () Não

f) material de videoscopia () Sim () Não

g) microscópio para procedimentos microcirúrgicos () Sim () Não

h) material de implante para síntese ou próteses de substituição, necessários à realização dos procedimentos de traumatologia e ortopedia () Sim () Não

3.5 Possui unidade de terapia intensiva de acordo com a legislação vigente. () Sim () Não

3.6 Transplantes: possui garantia de acesso a banco de tecidos () Sim () Não

3.7 RECURSOS HUMANOS

A unidade de assistência em traumatologia e ortopedia:

a) conta com um responsável técnico, médico com certificado de especialista em traumatologia e ortopedia emitido pela Associação Médica Brasileira (AMB) () Sim () Não

Médico Responsável:_____ CRM: _____.

b) esse médico é responsável técnico por um único serviço credenciado pelo Sistema Único de Saúde () Sim () Não

c) o médico responsável técnico pelo serviço reside no mesmo município ou cidades circunvizinhas do serviço que está solicitando o credenciamento () Sim () Não

d) para cada serviço em que pretende credenciamento/habilitação, a unidade de assistência ou centro de referência conta com, pelo menos, mais um médico com certificado de especialista em traumatologia e ortopedia emitido pela Associação Médica Brasileira (AMB) () Sim () Não

e) conta com profissionais de enfermagem em quantitativo suficiente para o atendimento de ambulatório, enfermaria e centro cirúrgico, de acordo com as normas vigentes () Sim () Não

4 CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

4.1 Serviço de Traumatologia e Ortopedia

Possui todos os itens das Disposições Gerais e todos os itens dos serviços gerais e específicos para a assistência pediátrica e de adultos () Sim () Não

4.2 Serviço de Traumatologia e Ortopedia Pediátrica (até 21 (vinte e um) anos)

Possui todos os itens das Disposições Gerais e todos os itens dos serviços gerais e específicos, com as seguintes especificidades para a assistência pediátrica:

- enfermaria de clínica pediátrica () Sim () Não

- clínico pediátrico () Sim () Não

- cirurgião pediátrico () Sim () Não

4.3 Serviço de Traumatologia e Ortopedia de Urgência

Possui todos os itens das Disposições Gerais e todos os itens dos serviços gerais e específicos para a assistência pediátrica e de adultos, exceto por cuidados prolongado e transplantes () Sim () Não

5 CARACTERIZAÇÃO DO CENTRO DE REFERÊNCIA

Possui todos os itens das Disposições Gerais e todos os itens dos serviços gerais e específicos, com as seguintes especificidades:

a) serviço de traumatologia e ortopedia () Sim () Não

b) serviço de traumatologia e ortopedia pediátrica () Sim () Não

c) diagnóstico por imagem, exames de tomografia computadorizada e ressonância magnética na estrutura hospitalar () Sim () Não

d) laboratório de anatomia patológica: exames de citologia e de anátomo-patologia de peças cirúrgicas na estrutura hospitalar () Sim () Não

e) exames de endoscopia digestiva e respiratória na própria estrutura hospitalar () Sim () Não

f) material de videoscopia próprio da unidade () Sim () Não

g) microscópio para procedimentos microcirúrgicos () Sim () Não

h) apoio multidisciplinar - especialistas em:

- cirurgia vascular () Sim () Não

- neurocirurgia () Sim () Não

- cirurgia plástica () Sim () Não

- microcirurgia () Sim () Não

- urologia () Sim () Não

- cirurgia torácica () Sim () Não
- endoscopia () Sim () Não
- neurologia () Sim () Não
- cirurgia da mão do próprio hospital ou conveniado () Sim () Não

i) Apoio Multiprofissional:

- psicólogo ou psiquiatria () Sim () Não
- fisioterapeuta do próprio hospital () Sim () Não

j) Capacitação de profissionais em Traumatologia e Ortopedia:

- residência médica em traumatologia e ortopedia () Sim () Não
- curso de capacitação em serviço em enfermagem traumato-ortopédica () Sim () Não

INTERESSE DO GESTOR ESTADUAL NA HABILITAÇÃO:

CONCLUSÃO:

De acordo com vistoria realizada in loco, a Instituição cumpre com os requisitos da Seção IV do Capítulo I do Título II, para o(s) credenciamento(s) solicitado(s) () Sim () Não

DATA: _ _ _ \ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ \ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

CARIMBO E ASSINATURA DO GESTOR:

ANEXO XVII

DIRETRIZES DE INDICAÇÃO PARA TRATAMENTO DA LIPODISTROFIA EM PORTADORES HIV/AIDS
(Origem: Anexo 1 da POC SAS/MS,SVS/MS 1/2009)

O Brasil implantou a política de acesso universal aos medicamentos antirretrovirais em 1996. Desde então, o Ministério da Saúde disponibiliza os remédios gratuitamente no SUS, para todas as pessoas que vivem com AIDS no país. A terapia antirretroviral (TARV) é um tratamento relativamente recente e o conhecimento a cerca dos efeitos adversos decorrentes do uso contínuo destes medicamentos vem crescendo ao longo do tempo.

Apesar das alterações anatômicas, lipodistróficas, relacionadas ao uso dos antirretrovirais já terem sido descritas há cerca de uma década e já ter sido comprovado o grande impacto físico e emocional que resultam em estigmatização, comprometimento da qualidade de vida e ameaça a adesão ao tratamento, não há ainda ensaios clínicos randomizados que possam subsidiar a classificação destes procedimentos na Classe I (definida como a existência de consenso quanto à indicação do tratamento, baseado a partir de evidências científicas).

Desse modo, esta proposta foi baseada na experiência desenvolvida por especialistas brasileiros no acompanhamento de pacientes em terapia antirretroviral ao longo dos últimos 15 (quinze) anos.

Classe II: há controvérsia quanto à indicação dos tratamentos cirúrgicos para lipodistrofia associada à infecção pelo HIV/AIDS. Serão considerados critérios de indicação para os procedimentos da Seção VI do Capítulo I do Título II, todas as condições abaixo:

1. paciente com diagnóstico de HIV/AIDS e lipodistrofia decorrente do uso de antirretroviral e;
2. pacientes submetidos à terapia antirretroviral por pelo menos 12 (doze) meses e;
3. pacientes que não responderam ou não podem ser submetidos à mudança da TARV e;
4. pacientes clinicamente estáveis, ou seja, aqueles sem manifestações clínicas sugestivas de imunodeficiência nos últimos 6 (seis) meses e;
5. resultados clínico-laboratoriais:

a) CD4 > 200 cels/mm³(exceto para lipoatrofia facial)

b) carga viral < 10.000 cópias/ml e estável nos últimos 6 (seis) meses (ou seja, sem variação de 0,5 log entre duas contagens)

c) parâmetros clínico-laboratoriais que preencham os critérios necessários e suficientes de segurança para qualquer procedimento cirúrgico.

Classe III: há consenso quanto à falta de indicação ou contra-indicação dos tratamentos cirúrgicos para lipodistrofia associada à infecção pelo HIV/AIDS nas condições abaixo:

1. qualquer condição clínica ou comorbidade descompensada nos últimos 6 (seis) meses que confira aumento de risco ao procedimento.

2. qualquer tratamento concomitante com anticoagulantes, imunomoduladores, imunossupressores e/ou quimioterápicos .

DEFINIÇÕES ESPECÍFICAS PARA TRATAMENTO DA LIPODISTROFIA EM PORTADOR DO HIV/AIDS EM SUAS VÁRIAS FORMAS DE APRESENTAÇÃO

A - Tratamento cirúrgico da região dorso cervical (Giba) e submandibular, por lipoaspiração:

Definição: presença de massa visível, palpável e circunscrita, estigmatizante, com ou sem limitação dos movimentos do pescoço.

B - Tratamento cirúrgico da parede abdominal anterior e/ou dorso, por lipoaspiração:

Definição: presença de massa visível, palpável e circunscrita no abdome e/ou dorso.

- IMC (Índice de Massa Corpórea) < 25

- Exame complementar: Ultra-sonografia de abdome e/ou tomografia computadorizada de abdome a critério do cirurgião

C - Tratamento cirúrgico da hipertrofia mamária:

Definição: pacientes com aumento significativo do volume mamário por tecido adiposo, que à mamografia apresentem ausência de nódulos, calcificações e/ou outros achados radiológicos que indiquem patologia mamária.

- Exames necessários: mamografia, complementada com ultrassonografia mamária, quando indicado.

D - Tratamento cirúrgico da ginecomastia ou pseudoginecomastia:

Definição: pacientes apresentando aumento acentuado do volume mamário à custa de tecido adiposo e que ao ultrassom não apresente aumento das glândulas mamárias e/ou outros achados ultrassonográficos que contra-indiquem o procedimento.

- Exame necessário: ultra-sonografia mamária

E - Tratamento cirúrgico da lipoatrofia glútea pela técnica de lipoenxertia:

Definição: perda de volume glúteo e/ou exposição perianal decorrente de lipodistrofia, causando atrofia grave, estigmatizante, não responsiva a outras condutas terapêuticas prévias, tais como mudança da terapia antirretroviral, exercícios físicos, dietoterapia. Fica indicada a utilização de lipoenxertia para os casos em que haja áreas doadoras de depósitos de gordura.

F - Tratamento cirúrgico da lipoatrofia glútea por meio do implante de prótese associado ou não a lipoenxertia ou polimetilmetacrilato (PMMA):

Definição: perda de volume glúteo e/ou exposição perianal decorrente de lipodistrofia, causando atrofia grave, estigmatizante, não responsiva a outras condutas terapêuticas prévias, tais como mudança da terapia antirretroviral, exercícios físicos, dietoterapia.

Fica indicada a utilização de prótese glútea apenas para os casos em que outras modalidades terapêuticas não foram satisfatórias e para os quais a lipoenxertia e/ou PMMA poderão ser realizados de forma complementar.

G - Tratamento cirúrgico da lipoatrofia facial por meio de lipoenxertia:

Definição: perda dos coxins gordurosos da face e acentuação do sulco nasogeniano e outras pregas faciais associadas, não relacionados ao envelhecimento.

H - Tratamento cirúrgico da lipoatrofia facial por meio de preenchimento facial com polimetilmetacrilato (PMMA):

Definição: a lipoatrofia facial será definida como uma redução dos coxins gordurosos nas seguintes regiões da face, malar, temporal e pré-auricular.

Considerando que a lipoatrofia facial decorrente da AIDS tem características muito semelhantes as do envelhecimento foi necessário estabelecer um padrão de restauração, baseado em critérios técnicos, tendo a perda de gordura na face sido quantificada a partir do Índice de Lipoatrofia Facial (ILA). Este índice tem por objetivo quantificar o grau de atrofia e a melhora do paciente com o tratamento. Consiste na avaliação da gravidade da área acometida e sua extensão, nas três regiões da face a serem tratadas. É atribuído um valor para o grau de gravidade e extensão, que será multiplicado por um fator de correção. O preenchimento será indicado quando o resultado do ILA do paciente for igual ou superior a 6 (seis). As recomendações técnicas estão descritas no Manual de Tratamento da Lipoatrofia Facial em portadores do HIV e AIDS, disponível no site www.aids.gov.br/tratamento/lipodistrofia.

FLUXO DE ATENDIMENTO

1ª Fase:

I. médico assistente faz a avaliação clínico-laboratorial e solicita o procedimento através do "Formulário de Referência e Contrarreferência para Lipodistrofia" Anexo XXIII;

II. encaminha o paciente para o cirurgião plástico/dermatologista;

III. se houver indicação e condições cirúrgicas, o cirurgião plástico/dermatologista solicita o procedimento através de laudo de Apac ou de AIH;

IV. Após autorização do procedimento, através de Apac ou de AIH, o paciente retorna ao cirurgião plástico/dermatologista para agendamento do procedimento;

V. Nos casos não autorizados, estes pacientes retornam para o médico assistente que anexa o "Formulário de Referência e Contrarreferência para Lipodistrofia" ao prontuário do mesmo.

2ª Fase:

I. quando o procedimento não for autorizado, a 1ª via do "Formulário de Referência e Contrarreferência para Lipodistrofia" deverá ser devolvida para o prontuário da instituição onde o paciente faz o acompanhamento clínico.

II. quando o procedimento for autorizado, a 1ª via do "Formulário de Referência e Contrarreferência para Lipodistrofia" deverá ficar no prontuário da instituição onde o procedimento cirúrgico foi realizado.

III. a 2ª via deverá ficar sempre com o autorizador para fins de gestão e controle do Ministério da Saúde.

ANEXO XVIII

NORMAS DE CLASSIFICAÇÃO E CREDENCIAMENTO/HABILITAÇÃO DE UNIDADES DE ASSISTÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE NO TRATAMENTO REPARADOR DA LIPODISTROFIA E LIPOATROFIA FACIAL DO PORTADOR DE HIV/AIDS

(Origem: Anexo 2 da POC SAS/MS,SVS/MS 1/2009)

1 NORMAS GERAIS DE CREDENCIAMENTO/HABILITAÇÃO

1.1. Planejamento/Distribuição das Unidades

1.1.1 As secretarias de estado da saúde deverão estabelecer o planejamento regional e hierarquizado para formar uma rede estadual e/ou regional das unidades de assistência em alta complexidade no tratamento reparador da lipodistrofia e lipoatrofia facial do portador de HIV/AIDS.

1.2 Processo de Credenciamento

Entende-se por credenciamento para unidades de assistência em alta complexidade no tratamento reparador da lipodistrofia e lipoatrofia facial do portador de HIV/AIDS, a autorização obtida pela unidade de saúde para realizar os procedimentos definidos como de alta complexidade. As exigências relativas aos serviços estão contidas a seguir:

1.2.1 o processo de credenciamento de unidades de assistência em alta complexidade no tratamento reparador da lipodistrofia e lipoatrofia facial do portador do HIV/AIDS deverá ser realizado pelo gestor do SUS, observando o Plano Diretor de Regionalização das secretarias de estado da saúde onde devem ser estabelecidos os fluxos assistenciais.

1.2.2 o gestor do SUS tendo concluída a análise de planejamento da rede de assistência de alta complexidade no tratamento reparador da lipodistrofia (estimativa de necessidade em base populacional e distribuição geográfica) e, uma vez que atendidos a necessidade e os critérios estratégicos para o credenciamento de serviços, conforme preconizado na Seção VI do Capítulo I do Título II e seus anexos dará início ao processo de credenciamento; a ausência desta avaliação ou da aprovação por parte do respectivo gestor do SUS impede a sequência do processo.

1.2.3 o processo de credenciamento deverá ser formalizado pela secretaria de estado/municipal de saúde, de acordo com as responsabilidades da gestão, e ser instruído com:

- a) documento de solicitação/aceitação de credenciamento assinado pelo responsável pela unidade de saúde;
- b) formulários de vistoria preenchidos, datados e assinados pelo auditor do setor de regulação e avaliação das secretarias estaduais/municipal de saúde ou pelo gestor de saúde;
- c) relatório de vistoria realizada in loco pela Vigilância Sanitária, com a avaliação das condições de funcionamento da unidade;
- d) documentação comprobatória do cumprimento das exigências para credenciamento estabelecidas por este Anexo (titulação dos profissionais, alvará de funcionamento, formulário de vistoria e parecer conclusivo do gestor);
- e) parecer conclusivo do respectivo gestor do SUS - manifestação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), aprovando o credenciamento da unidade de saúde.

1.2.4 A secretaria de estado da saúde encaminhará o formulário de vistoria (Anexo XXI ou Anexo XXII) devidamente preenchido, datado e assinado pelo auditor do setor de regulação e avaliação das secretarias estaduais/municipal de saúde ou pelo gestor de saúde, junto com o parecer conclusivo do respectivo gestor e a manifestação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ao Programa Nacional DST/AIDS, da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS).

1.2.5 O Programa Nacional DST/AIDS, da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) analisará a documentação encaminhada pela secretaria de estado da saúde. Se favorável, encaminhará à Coordenação-Geral de Atenção Especializada, do Departamento de Atenção Especializada e Temática, da Secretaria de Atenção à Especializada à Saúde para a publicação da habilitação.

1.3 Registro das informações do paciente

A unidade deve possuir um prontuário único para cada paciente, que inclua todos os tipos de atendimento a ele referente (ambulatorial, internação, pronto-atendimento, emergência), contendo as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento. Os prontuários deverão estar devidamente ordenados no serviço de arquivo médico.

Informações indispensáveis e mínimas do prontuário:

- a) identificação do paciente;
- b) histórico clínico;
- c) avaliação inicial - de acordo com o protocolo estabelecido;
- d) indicação do procedimento cirúrgico;
- e) descrição do ato cirúrgico ou procedimento, em ficha específica contendo:

- identificação da equipe

- descrição cirúrgica, incluindo os materiais usados e seus respectivos registros nacionais.

- f) descrição da evolução;

- g) condições ou sumário da alta hospitalar, exceto para o tratamento da lipoatrofia facial;

- h) ficha de registro de infecção hospitalar;

- i) evolução ambulatorial.

1.4 Estrutura Assistencial

As unidades de assistência em alta complexidade no tratamento reparador da lipodistrofia e lipoatrofia facial do portador de HIV/AIDS poderão oferecer assistência especializada e integral aos portadores de HIV/AIDS ou ser referência para a rede assistencial, atuando nas modalidades assistenciais descritas abaixo, conforme as diretrizes do gestor estadual e/ou municipal, que constitui exigência para o credenciamento:

- a) adesão aos critérios da Política Nacional de Humanização, do Ministério da Saúde;

- b) diagnóstico e tratamento do portador do HIV/AIDS, incluindo:

- atendimento de urgência referida em tratamento do portador de HIV/AIDS, que funcione nas 24 (vinte e quatro) horas;

- internação hospitalar com leitos e salas de cirurgia com reserva programada, destinados às cirurgias eletivas;

- disponibilidade de salas para absorver as intercorrências cirúrgicas do pós-operatório.

- c) disponibilizar reabilitação, suporte e acompanhamento por meio de procedimentos específicos, que promovam a melhoria das condições físicas e psicológicas do paciente, atuando no preparo pré-operatório ou como complemento pós-cirúrgico no sentido da restituição da capacidade funcional.

1.5 Instalações Físicas

O estabelecimento deverá possuir alvará de funcionamento e se enquadrar nos critérios e normas estabelecidos pela legislação em vigor, ou outros ditames legais que venham a substituir ou a complementar, a saber:

- a) RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, e de outras que vierem a complementá-la, alterá-la ou substituí-la, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

- b) RDC nº 222, de 28 de março de 2018, que regulamenta as boas práticas de gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde.

1.6 Referência de pacientes e intercâmbio técnico científico

Os hospitais deverão integrar o sistema de referência e contrarreferência hierarquizado pelas secretarias de saúde, e participar dos programas de intercâmbio técnico-científicos.

1.7 Manutenção do credenciamento

A manutenção da habilitação estará condicionada:

- a) ao cumprimento continuado, pela unidade de saúde, das normas estabelecidas na Seção VI do Capítulo I do Título II;

- b) à avaliação por meio da realização de auditorias periódicas ou recomendadas pela SAES, executadas pela secretaria de saúde sob cuja gestão esteja o estabelecimento. Os relatórios gerados, incluindo avaliações anuais, qualitativas e quantitativas dos serviços produzidos, deverão ser encaminhados a Secretaria de Vigilância em Saúde, por meio do Programa Nacional de DST e AIDS para análise;

c) a Secretaria de Atenção Especializada à Saúde/MS, por meio da Coordenação-Geral de Atenção Especializada, por meio do Programa Nacional de DST e AIDS determinarão o credenciamento ou a manutenção da habilitação/credenciamento, amparadas no cumprimento das normas estabelecidas na Seção VI do Capítulo I do Título II, nos relatórios periódicos de avaliação enviados pelo gestor.

2 NORMAS ESPECÍFICAS

2.1 Para Tratamento Reparador da Lipoatrofia Facial

2.1.1 Recursos Humanos

a) A unidade de assistência em alta complexidade no tratamento reparador da lipodistrofia e lipoatrofia facial do portador do HIV/AIDS deve contar com um responsável técnico, médico com título de especialista em dermatologia ou cirurgia plástica, reconhecido pela Sociedade Brasileira de Dermatologia ou Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica ou com certificado de residência médica na especialidade, emitido por programa de residência médica reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC);

b) O médico responsável técnico pelo serviço somente poderá assumir a responsabilidade técnica por um único serviço credenciado pelo Sistema Único de Saúde, devendo residir e ser domiciliado no mesmo município ou cidades circunvizinhas. Poderá, entretanto, atuar como profissional em outro serviço credenciado pelo SUS;

2.1.2 - Exigências para a Unidade de Assistência

Equipe de Saúde:

a) dermatologista: um médico com título de especialista em dermatologia, reconhecido pela Sociedade Brasileira de Dermatologia ou com certificado de residência médica na especialidade, emitido por programa de residência médica reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC); ou

b) cirurgião plástico: um médico com título de especialista em cirurgia plástica, reconhecido pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica ou com certificado de residência médica na especialidade, emitido por programa de residência médica reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC); e

c) enfermagem: a equipe deve contar com um enfermeiro coordenador, inscrito no Conselho Regional de Enfermagem do estado e ainda com enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem em quantitativo suficiente para o atendimento.

2.1.3. - Materiais e Equipamentos

A unidade deve dispor de todos os materiais e equipamentos necessários, em perfeito estado de conservação e funcionamento, para assegurar a qualidade da assistência aos pacientes e possibilitar a realização do procedimento de preenchimento facial com polimetilmetacrilato (PMMA).

Para tal, a unidade deve dispor de sala para a realização dos procedimentos, contando necessariamente com as seguintes especificações: ambiente específico, com iluminação artificial especial no campo de trabalho (foco de luz móvel), lavatório exclusivo para uso da equipe de assistência, mesa auxiliar de mayo ou carrinho auxiliar, mesa ou maca com encosto reclinável (apoando a cabeça) ou cadeira de dermatologia, estética ou odontológica, recipientes de acondicionamento de resíduos de acordo com a classificação dos resíduos gerados no ambiente (recipiente com pedal para acondicionamento dos resíduos do Grupo A e recipiente rígido para acondicionamento de resíduos perfuro-cortantes). As especificações do ambiente devem estar de acordo com as exigências técnicas definidas na RDC Anvisa nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. (Atribuição 1: prestação de atendimento eletivo de promoção e assistência à saúde em regime ambulatorial e de hospital-dia - Atividade 1.8: realizar procedimentos médicos e odontológicos de pequeno porte, sob anestesia local (punções, biópsias, preenchimentos, etc.)).

2.1.4 Rotinas e Normas de Funcionamento e Atendimento

A unidade deve possuir rotinas e normas, escritas, atualizadas anualmente e assinadas pelo responsável técnico pela unidade. As rotinas e normas devem abordar todos os processos envolvidos na assistência e administração e contemplar os seguintes itens:

a) programa de manutenção preventiva e corretiva de materiais e equipamentos;

b) avaliação dos pacientes e indicação do procedimento ambulatorial conforme Anexo XVII;

c) controle de Infecção Hospitalar;

d) acompanhamento ambulatorial durante o tratamento;

e) termo de consentimento livre e esclarecido para todos os atos médicos.

2.1.5 Produção do serviço

A unidade de assistência de alta complexidade no tratamento reparador da lipoatrofia facial do portador do HIV/AIDS deverá formalizar através de termo de compromisso, com o gestor, o quantitativo de procedimentos a serem realizados anualmente. Estas unidades serão avaliadas a cada 12 (doze) meses, por meio de auditoria, para definição da continuidade do credenciamento.

2.2 Para o Tratamento Reparador da Lipodistrofia

2.2.1 Recursos Humanos

a) A unidade de assistência de alta complexidade em cirurgia no tratamento reparador da lipoatrofia facial do portador do HIV/AIDS deve contar com um responsável técnico, médico com título de especialista em cirurgia plástica, reconhecido pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica ou com certificado de residência médica na especialidade, emitido por programa de residência médica reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC);

b) O médico responsável técnico pela unidade somente poderá assumir a responsabilidade técnica por um único serviço credenciado pelo Sistema Único de Saúde, devendo residir e ser domiciliado no mesmo município ou cidades circunvizinhas. Poderá, entretanto, atuar como profissional em outro serviço credenciado pelo SUS;

2.2.2 Exigências para a Unidade de Assistência

2.2.2.1 Equipe de Saúde:

a) cirurgião plástico: médico com título de especialista em cirurgia plástica, reconhecido pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica ou com certificado de residência médica na especialidade, emitido por programa de residência médica reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC);

b) dermatologista: médico com título de especialista em dermatologia, reconhecido pela Sociedade Brasileira de Dermatologia ou com certificado de residência médica na especialidade, emitido por programa de residência médica reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC);

c) médico intensivista: médico com título de especialista em medicina intensiva reconhecido pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira ou certificado de residência médica em medicina intensiva, emitido por programa de residência médica reconhecido pelo Ministério da Educação, para atendimento diário, em regime de plantão, desde que sejam mantidos os percentuais de médicos intensivistas recomendados pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira, conforme a Portaria nº 332/GM, de 24 de março de 2000;

d) anesthesiologista: médico com certificado de residência médica em anestesia reconhecido pelo MEC, ou título de especialista em anesthesiologia pela Sociedade Brasileira de Anesthesiologia;

e) enfermagem: a equipe deve contar com enfermeiro coordenador, inscrito no Conselho Regional de Enfermagem do estado e ainda com enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem em quantitativo suficiente para o atendimento.

2.2.2.3 Equipe de Saúde Complementar (Apoio multidisciplinar)

Deverá ter como serviços, próprios ou contratados, os Serviços de Suporte e profissionais nas seguintes áreas:

- cirurgião geral;
- endocrinologista;
- saúde mental ou psicologia clínica;
- assistência social;
- fisioterapia;
- nutricionista;
- farmácia;

- hemoterapia.

2.2.2.4 Materiais e Equipamentos

A unidade deverá dispor de todos os materiais e equipamentos necessários, em perfeito estado de conservação e funcionamento, para assegurar a qualidade da assistência aos pacientes, que possibilitem o diagnóstico, o tratamento e o acompanhamento do paciente portador do HIV/AIDS com lipodistrofia corporal.

A unidade deve contar com centro cirúrgico devidamente equipado com instrumental, mesas cirúrgicas, mesas de instrumentação, carro de anestesia, além de uma sala eletiva com:

- a) lipoaspirador;
- b) cânulas para lipoaspiração;
- c) manta térmica;
- d) capnógrafo;
- e) material de emergência, para reanimação cardiorrespiratória;
- f) oxímetro de pulso;
- g) monitor de transporte;
- h) bomba de infusão.

A unidade deverá dispor de todos os materiais e equipamentos necessários, em perfeito estado de conservação e funcionamento, para assegurar a qualidade da assistência aos pacientes com lipoatrofia facial e possibilitar a realização do procedimento de preenchimento facial com polimetilmetacrilato (PMMA).

Para tal, a unidade deve dispor de sala para a realização dos procedimentos, contando necessariamente com as seguintes especificações: ambiente específico, com iluminação artificial especial no campo de trabalho (foco de luz móvel), lavatório exclusivo para uso da equipe de assistência, mesa auxiliar de mayo ou carrinho auxiliar, mesa ou maca com encosto reclinável (apoando a cabeça) ou cadeira de dermatologia, estética ou odontológica, recipientes de acondicionamento de resíduos de acordo com a classificação dos resíduos gerados no ambiente (recipiente com pedal para acondicionamento dos resíduos do Grupo A e recipiente rígido para acondicionamento de resíduos perfuro-cortantes). As especificações do ambiente devem estar de acordo com as exigências técnicas definidas na RDC Anvisa nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. (Atribuição 1: prestação de atendimento eletivo de promoção e assistência à saúde em regime ambulatorial e de hospital-dia - Atividade 1.8: realizar procedimentos médicos e odontológicos de pequeno porte, sob anestesia local (punções, biópsias, preenchimentos, etc.)).

2.2.2.5. - Recursos Diagnósticos e Terapêuticos:

a) laboratório de análises clínicas que realize exames na unidade, disponíveis nas 24 (vinte e quatro) horas do dia: bioquímica, hematologia, microbiologia, gasometria, líquidos orgânicos e uroanálise. O laboratório deverá participar de programa de controle de qualidade;

b) unidade de imagenologia: equipamento de radiologia convencional de 500 (quinhentos) mA fixo, equipamento de radiologia portátil, ultrassonografia, mamografia e tomografia computadorizada. A unidade de imagenologia deverá participar de programa de controle de qualidade;

c) eletrocardiografia;

d) hemoterapia disponível nas 24 (vinte e quatro) horas do dia, por agência transfusional (AT) ou estrutura de complexidade maior dentro do que rege a Resolução RDC nº 151, de 21 de agosto de 2001, por convênio ou contrato devidamente formalizado de acordo com a mesma resolução.

e) acesso garantido à unidade de tratamento intensivo credenciada pelo SUS e classificada como de Tipo II ou III, de acordo com o Título X, do Livro II da Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017.

Obs.: Os exames de ultrassonografia, mamografia e tomografia computadorizada poderão ser realizados em serviços de terceiros, instalados dentro ou fora da estrutura ambulatório-hospitalar. Neste caso, a referência deve ser devidamente formalizada de acordo com o que estabelece a Política Nacional

de Regulação do Sistema Único de Saúde.

2.2.2.6 Rotinas e Normas de Funcionamento e Atendimento

A unidade deve possuir rotinas e normas, escritas, atualizadas anualmente e assinadas pelo responsável técnico pela unidade. As rotinas e normas devem abordar todos os processos envolvidos na assistência e administração e contemplar os seguintes itens:

- a) manual ou protocolo de manutenção preventiva e corretiva de materiais e equipamentos;
- b) avaliação dos pacientes;
- c) indicação do procedimento cirúrgico conforme Anexo XVII;
- d) protocolos médico-cirúrgicos;
- e) protocolos de enfermagem;
- f) suporte nutricional;
- g) acesso garantido à fisioterapia e reabilitação funcional;
- h) controle de infecção hospitalar;
- i) acompanhamento ambulatorial dos pacientes durante o tratamento;
- j) termo de consentimento livre e esclarecido para todos os atos médicos.

2.2.2.7 Produção do serviço

A unidade de assistência de alta complexidade no tratamento reparador da lipodistrofia do portador do HIV/AIDS deverá formalizar através de termo de compromisso, com o gestor, o quantitativo de procedimentos a serem realizados anualmente. Estas unidades serão avaliadas a cada 12 (doze) meses, por meio de auditoria, para definição da continuidade do credenciamento.

ANEXO XIX

QUANTITATIVO DE UNIDADES DE ALTA COMPLEXIDADE EM TRATAMENTO REPARADOR DE LIPODISTROFIA E LIPOATROFIA FACIAL EM PORTADORES HIV/AIDS

(Origem: Anexo 3 da POC SAS/MS,SVS/MS 1/2009)

O parâmetro utilizado para estabelecer o número de serviços a serem credenciados e sua distribuição nos estados é de 1 (um) serviço para cada 3.000 (três mil) pessoas em terapia antirretroviral, tanto para o tratamento reparador de lipodistrofia quanto para o tratamento reparador de lipoatrofia facial em portadores HIV/AIDS..

Nos estados cujo número de pacientes em terapia antirretroviral for inferior a 3.000 (três mil), fica estipulado 1 (um) serviço para lipodistrofia e 1 (um) serviço para lipoatrofia facial, conforme tabela abaixo.

Número máximo de unidades para tratamento de lipodistrofia e lipoatrofia facial por unidade federada, Brasil 2009

UF	Indivíduos em uso de ARV	Quantitativo Máximo de Unidades para Lipodistrofia	Quantitativo Máximo de Unidades para Lipoatrofia Facial
NORTE			
AC	194	1	1
AM	2.570	1	1
AP	221	1	1
PA	2.953	1	1
RO	475	1	1
RR	220	1	1
TO	293	1	1
NORDESTE			
AL	1.057	1	1
BA	5.140	2	2

CE	3.737	1	1
MA	1.905	1	1
PB	1.542	1	1
PE	5.044	2	2
PI	1.136	1	1
RN	1.168	1	1
SE	731	1	1
SUDESTE			
ES	2.396	1	1
MG	12.311	4	4
RJ	30.114	10	10
SP	69.445	23	23
SUL			
PR	8.347	3	3
RS	17.336	6	6
SC	8.640	3	3
CENTRO- OESTE			
DF	2.867	1	1
GO	2.518	1	1
MS	1.478	1	1
MT	1.786	1	1
TOTAL BRASIL	185.634	70	70

O quantitativo de unidades cadastrados deverá ser avaliado sistematicamente pelo Programa Nacional de DST e AIDS em conjunto com a Coordenação-Geral de Atenção Especializada/MS e os coordenadores estaduais de DST/AIDS, a cada exercício anual. O acréscimo populacional será atualizado anualmente, com base no Siclom (Sistema de Controle Logístico de Medicamentos).

ANEXO XX

FORMULÁRIO PARA VISTORIA DO GESTOR

(Origem: Anexo 4 da POC SAS/MS,SVS/MS 1/2009)

Instruções para preenchimento:

Este formulário deve ser preenchido, datado e assinado pelo auditor do setor de regulação e avaliação das Secretarias Estaduais / Municipal de Saúde ou pelo Gestor de Saúde, de acordo com a capacidade de gestão, e pelo representante da instituição a ser credenciada.

As Unidades que pretenderem solicitar credenciamento para o Tratamento Reparador da Lipodistrofia, que compreende a realização dos procedimentos cirúrgicos reparadores e do preenchimento facial, devem preencher somente o Anexo "NORMAS DE CREDENCIAMENTO/HABILITAÇÃO DE UNIDADES DE ASSISTÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE NO TRATAMENTO REPARADOR DA LIPODISTROFIA DO PORTADOR DE HIV/AIDS".

As Unidades que pretenderem solicitar credenciamento para o Tratamento Reparador da Lipoatrofia Facial devem preencher apenas o Anexo "NORMAS DE CLASSIFICAÇÃO E CREDENCIAMENTO DE UNIDADES DE ASSISTÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE NO TRATAMENTO DA LIPOATROFIA FACIAL DO PORTADOR DE HIV/AIDS".

As Unidades devem responder todos os itens constantes nos Anexos.

Este formulário não deve ser modificado e/ou substituído.

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

CNPJ: _____

CNES: _____

Fone/FAX:() _____ EMAIL: _____

ENDEREÇO:_____

MUNICÍPIO:_____ ESTADO:_____CEP: _____

DIRETOR TÉCNICO: _____

GESTOR: _____

Entrevistados:

Cargo/Função: _____

Cargo/Função: _____

Entrevistadores (delegados):

Função: _____

Função_____

TIPO DE PRESTADOR (NATUREZA):

() Federal

() Estadual

() Municipal

() Filantrópico

() Atividade de Ensino e Pesquisa:

Unidade Universitária ()

Unidade Escola Superior Isolada ()

Unidade Auxiliar de Ensino ()

Unidade sem Atividade de Ensino ()

Características da Unidade Hospitalar:

() Geral

() Especializado

ANEXO XXI

NORMAS DE CREDENCIAMENTO/HABILITAÇÃO DE UNIDADES DE ASSISTÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE NO TRATAMENTO REPARADOR DA LIPODISTROFIA DO PORTADOR DE HIV/AIDS

(Origem: Anexo 4-A da POC SAS/MS,SVS/MS 1/2009)

1 CARACTERÍSTICAS GERAIS

A unidade de assistência de alta complexidade no tratamento reparador da lipodistrofia do portador de HIV/AIDS oferece:

a) ambulatório geral de AIDS para pacientes externos

() Sim () Não

b) ambulatório de cirurgia plástica reparadora para pacientes externos

() Sim () Não

c) ambulatório de dermatologia para pacientes externos

() Sim () Não

d) execução dos procedimentos cirúrgicos listados na Portaria SAS/MS nº 1, de 14 de janeiro de 2009

() Sim () Não

e) acompanhamento ambulatorial pré-operatório e pós-operatório continuado e específico do paciente

☐ Sim ☐ Não

2 REGISTRO DAS INFORMAÇÕES DO PACIENTE

2.1 A unidade possui um prontuário único para cada paciente, que inclua todos os tipos de atendimento a ele referente (ambulatorial, internação, pronto-atendimento, emergência), contendo as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento.

☐ Sim ☐ Não

2.2. Informações indispensáveis e mínimas do prontuário:

a - identificação do paciente

☐ Sim ☐ Não

b - histórico clínico ☐ Sim ☐ Não

c - avaliação Inicial - de acordo com o protocolo estabelecido

☐ Sim ☐ Não

d - indicação do procedimento cirúrgico, conforme protocolo

☐ Sim ☐ Não

e - descrição do ato cirúrgico ou procedimento, em ficha específica contendo:

- identificação da equipe ☐ Sim ☐ Não

- descrição cirúrgica, incluindo os materiais usados e seus respectivos registros nacionais, para controle e rastreamento dos implantes

☐ Sim ☐ Não

f - descrição da evolução

☐ Sim ☐ Não

g - condições ou sumário da alta hospitalar

☐ Sim ☐ Não

h - ficha de registro de infecção hospitalar

☐ Sim ☐ Não

i - evolução ambulatorial

☐ Sim ☐ Não

3 ESTRUTURA ASSISTENCIAL

3.1 A unidade de assistência em alta complexidade no tratamento reparador da lipodistrofia do portador do HIV/AIDS oferece assistência especializada, atuando nas modalidades assistenciais descritas abaixo, conforme as diretrizes do gestor estadual e/ou municipal, que constitui exigência para o credenciamento.

☐ Sim ☐ Não

a) adesão aos critérios da Política Nacional de Humanização

☐ Sim ☐ Não

b) diagnóstico e tratamento do portador do HIV/AIDS, incluindo:

- atendimento ambulatorial dos portadores do HIV/AIDS, conforme o estabelecido na rede de atenção pelo gestor público ☐ Sim ☐ Não

- internação hospitalar de reserva programada, com salas de cirurgia ou turnos cirúrgicos destinados às cirurgias eletivas; disponibilidade de salas para absorver as intercorrências cirúrgicas do pós-operatório

☐ Sim ☐ Não

- leitos clínicos para o tratamento do portador do HIV/AIDS, mediante termo de compromisso firmado com o gestor

☐ Sim ☐ Não

c) reabilitação, suporte e acompanhamento por meio de procedimentos específicos que promovam a melhoria das condições físicas e psicológicas do paciente atuando no preparo pré-operatório ou como complemento pós-cirúrgico no sentido da restituição da capacidade funcional

☐ Sim ☐ Não

4 INSTALAÇÕES FÍSICAS

4.1 As áreas físicas da unidade possuem alvará de funcionamento

☐ Sim ☐ Não

4.2. Enquadra-se nos critérios e normas estabelecidos pela legislação em vigor ou outros ditames legais que as venham substituir ou complementar, a saber:

a) RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, e de outras que vierem a complementá-la, alterá-la ou substituí-la, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

☐ Sim ☐ Não

b) RDC nº 222, de 28 de março de 2018, que regulamenta as boas práticas de gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde e

☐ Sim ☐ Não

c) possui referência e contrarreferência de pacientes, de forma hierarquizada pelas secretarias de saúde, e participa dos programas de intercâmbio técnico científicos

☐ Sim ☐ Não

5 RECURSOS HUMANOS

a) A unidade de assistência de alta complexidade no tratamento reparador da lipodistrofia do portador do HIV/AIDS deve contar com um responsável técnico, médico com título de especialista em cirurgia plástica, reconhecido pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica ou com certificado de residência médica na especialidade, emitido por programa de residência médica reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC) - Enviar cópia do diploma e titulações.

☐ Sim ☐ Não

Médico Responsável:_____CRM: _____

b) Esse médico é responsável técnico por um único serviço credenciado pelo Sistema Único de Saúde.

☐ Sim ☐ Não

c) O médico responsável técnico pelo serviço reside e é domiciliado no mesmo município ou cidades circunvizinhas do serviço que está solicitando o credenciamento.

☐ Sim ☐ Não

d) A equipe da unidade de assistência de alta complexidade no tratamento reparador da lipodistrofia do portador do HIV/AIDS deve contar com mais um médico com título de especialista em cirurgia plástica, reconhecido pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica ou com certificado de residência médica na especialidade, emitido por programa de residência médica reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC) - Enviar cópia do diploma e titulações.

☐ Sim ☐ Não

Médico Responsável:_____CRM: _____

e) dermatologista: médico com título de especialista em dermatologia, reconhecido pela Sociedade Brasileira de Dermatologia ou com certificado de residência médica na especialidade, emitido por programa de residência médica reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC) - Enviar cópia do diploma e titulações.

☐ Sim ☐ Não

Médico Responsável:_____CRM: _____

f) anestesiológico: médicos com certificado de residência médica reconhecido pelo MEC em anestesia, ou título de especialista em anestesiologia pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia.

☐ Sim ☐ Não

Médico Responsável:_____CRM: _____

g) medicina intensiva em pós-operatório para possíveis complicações cirúrgicas: médicos com título de especialista em medicina intensiva reconhecido pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira, ou certificado de residência médica em medicina intensiva, emitido por programa de residência médica reconhecido pelo MEC.

☐ Sim ☐ Não

Médico Responsável:_____CRM: _____

h) enfermagem: a equipe conta com um enfermeiro coordenador, inscrito no Conselho Regional de Enfermagem de seu estado.

☐ Sim ☐ Não

Enfermeiro Coordenador:_____Coren:_____

Conta ainda com enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem em quantitativo suficiente para o atendimento de enfermagem.

☐ Sim ☐ Não

i) equipe de saúde complementar (apoio multidisciplinar)

Tem como serviços, próprios ou contratados, os serviços de suporte e profissionais nas seguintes áreas:

- cirurgião geral

☐ Sim ☐ Não

- endocrinologia

☐ Sim ☐ Não

- saúde mental ou psicologia clínica

☐ Sim ☐ Não

- assistência social

☐ Sim ☐ Não

- fisioterapia

☐ Sim ☐ Não

- nutricionista

☐ Sim ☐ Não

- farmácia

☐ Sim ☐ Não

- hemoterapia

☐ Sim ☐ Não

6 MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

a) A unidade dispõe de todos os materiais e equipamentos necessários, em perfeito estado de conservação e funcionamento, para assegurar a qualidade da assistência aos pacientes, que possibilitem o diagnóstico, tratamento e acompanhamento médico, de enfermagem, fisioterápico, nutricional e dietético.

☐ Sim ☐ Não

b) A unidade deve dispor de todos os materiais e equipamentos necessários, em perfeito estado de conservação e funcionamento, para assegurar a qualidade da assistência aos pacientes e possibilitar a realização do procedimento de preenchimento facial com polimetilmetacrilato (PMMA).

☐ Sim ☐ Não

c) A unidade deve dispor de sala para a realização dos procedimentos, contando necessariamente com as seguintes especificações: ambiente específico, com iluminação artificial especial no campo de trabalho (foco de luz móvel), lavatório exclusivo para uso da equipe de assistência, mesa auxiliar de mayo ou carrinho auxiliar, mesa ou maca com encosto reclinável (apoando a cabeça) ou cadeira de dermatologia, estética ou odontológica, recipientes de acondicionamento de resíduos de acordo com a classificação dos resíduos gerados no ambiente (recipiente com pedal para acondicionamento dos resíduos do Grupo A e recipiente rígido para acondicionamento de resíduos perfuro-cortantes). As especificações do ambiente devem estar de acordo com as exigências técnicas definidas na RDC Anvisa nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. (Atribuição 1: prestação de atendimento eletivo de promoção e assistência à saúde em regime ambulatorial e de hospital-dia - Atividade 1.8: realizar procedimentos médicos e odontológicos de pequeno porte, sob anestesia local (punções, biópsias, preenchimentos, etc.)).

☐ Sim ☐ Não

d) A unidade conta com centro cirúrgico devidamente equipado com instrumental, mesas cirúrgicas, mesas de instrumentação, carro de anestesia, além de uma sala eletiva com:

- lipoaspirador

☐ Sim ☐ Não

- cânulas para lipoaspiração

☐ Sim ☐ Não

- manta térmica

☐ Sim ☐ Não

- capnógrafo

☐ Sim ☐ Não

- material de emergência, para reanimação cardiorrespiratória

☐ Sim ☐ Não

- oxímetro de pulso

☐ Sim ☐ Não

- monitor de transporte

☐ Sim ☐ Não

- bomba de infusão

☐ Sim ☐ Não

7 RECURSOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

a) Laboratório de análises clínicas que realiza exames na unidade, disponíveis nas 24 (vinte e quatro) horas do dia:

- bioquímica

☐ Sim ☐ Não

- hematologia

☐ Sim ☐ Não

- microbiologia

() Sim () Não

- gasometria

() Sim () Não

- líquidos orgânicos

() Sim () Não

- uroanálise

() Sim () Não

O laboratório participa de programa de controle de qualidade

() Sim () Não

b) unidade de imagenologia com:

- equipamento de RX convencional de 500 (quinhentos) mA fixo

() Sim () Não

- equipamento de RX portátil

() Sim () Não

- ultrassonografia

() Sim () Não

- mamografia

() Sim () Não

- tomografia computadorizada

() Sim () Não

- eletrocardiografia

() Sim () Não

A unidade de imagenologia participa de programa de controle de qualidade

() Sim () Não

c) O hospital conta com serviço de hemoterapia disponível nas 24 (vinte e quatro) horas do dia, por agência transfusional (AT) ou estrutura de complexidade maior, dentro do que rege a Resolução RDC nº 151, de 21 de agosto de 2001, por convênio ou contrato devidamente formalizado de acordo com a mesma resolução.

() Sim () Não

d) O Hospital conta com unidade de tratamento intensivo credenciada pelo SUS e classificada como de Tipo II ou III, de acordo com a Portaria GM/MS nº 3432, de 12 de agosto de 1998.

() Sim () Não

e) Ultrassonografia (Se não for própria, indicar a referência)

Serviço:_____

CNPJ:_____

f) mamografia (Se não for própria, indicar a Referência)

Serviço:_____

CNPJ:_____

g) tomografia computadorizada (Se não for própria, indicar a referência)

Serviço:_____

CNPJ:_____

8 ROTINAS E NORMAS DE FUNCIONAMENTO E ATENDIMENTO

a) A unidade possui rotinas e normas, escritas, atualizadas anualmente e assinadas pelo responsável técnico pela unidade.

☐ Sim ☐ Não

b) As rotinas e normas abordam todos os processos envolvidos na assistência e administração e contemplam os seguintes itens:

- manutenção preventiva e corretiva de materiais e equipamentos

☐ Sim ☐ Não

- avaliação dos pacientes

☐ Sim ☐ Não

- indicação do procedimento cirúrgico

☐ Sim ☐ Não

- protocolos médico-cirúrgicos

☐ Sim ☐ Não

- protocolos de enfermagem

☐ Sim ☐ Não

- suporte nutricional

☐ Sim ☐ Não

- acompanhamento em fisioterapia e reabilitação funcional

☐ Sim ☐ Não

- controle de infecção hospitalar

☐ Sim ☐ Não

- acompanhamento ambulatorial dos pacientes

☐ Sim ☐ Não

- termo de consentimento livre e esclarecido para todos os atos médicos

☐ Sim ☐ Não

9 PRODUÇÃO DO SERVIÇO

A unidade de assistência de alta complexidade no tratamento reparador da lipodistrofia do portador do HIV/AIDS deverá formalizar através de termo de compromisso, com o gestor, o quantitativo de procedimentos a serem realizados anualmente. Estas unidades serão avaliadas a cada 12 (doze) meses, por meio de auditoria, para definição da continuidade do credenciamento.

O serviço de assistência de alta complexidade em cirurgia no tratamento da lipodistrofia do portador do HIV/AIDS tem capacidade para atender o termo acordado com o gestor.

☐ Sim ☐ Não

10 AVALIAÇÃO DO DIRETOR DA UNIDADE / CHEFE DE SERVIÇO

Conhecendo as condições técnicas da unidade que chefo e as equipes técnicas que nela prestam atendimento na área do tratamento reparador da lipodistrofia do portador do HIV/AIDS, informo que a unidade tem condições e disponibilidade de prestar atendimento a estes pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Declaro autênticas as informações contidas neste cadastro.

Nome do Diretor / Chefe do Serviço_____

Assinatura_____

Local_____

Data_____

11 PARECER DO AUDITOR

Nome do Auditor_____

Assinatura_____

Cargo/ Função_____

Instituição_____

Local_____

Data_____

ANEXO XXII

NORMAS DE CLASSIFICAÇÃO E CREDENCIAMENTO DE UNIDADES DE ASSISTÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE NO TRATAMENTO DA LIPOATROFIA FACIAL DO PORTADOR DE HIV/AIDS

(Origem: Anexo 4-B da POC SAS/MS,SVS/MS 1/2009)

1 EXIGÊNCIAS GERAIS:

A unidade ambulatorial de tratamento da lipoatrofia facial do portador do HIV/AIDS oferece:

a) ambulatório de assistência especializada em DST/HIV/AIDS

() Sim () Não

b) ambulatório de cirurgia plástica reparadora

() Sim () Não

c) ambulatório de dermatologia

() Sim () Não

d) acompanhamento ambulatorial pré-operatório e pós-operatório continuado e específico do paciente

() Sim () Não

2 REGISTRO DAS INFORMAÇÕES DO PACIENTE:

2.1 A unidade possui um prontuário único para cada paciente, que inclua todos os tipos de atendimento a ele referente (ambulatorial, pronto-atendimento, emergência), contendo as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento.

() Sim () Não

2.2 Informações indispensáveis e mínimas do prontuário:

a) identificação do paciente () Sim () Não

b) histórico clínico () Sim () Não

c) avaliação inicial - de acordo com o protocolo estabelecido

() Sim () Não

d) indicação do procedimento de preenchimento facial, conforme protocolo

() Sim () Não

e) descrição do procedimento ambulatorial, em ficha específica contendo:

- identificação da equipe () Sim () Não

-descrição procedimento, incluindo os materiais usados e seus respectivos registros nacionais

() Sim () Não

f) descrição da evolução

☐ Sim ☐ Não

g) condições ou sumário da alta ambulatorial

☐ Sim ☐ Não

h) ficha de registro de infecção hospitalar

☐ Sim ☐ Não

i) evolução ambulatorial

☐ Sim ☐ Não

3 ESTRUTURA ASSISTENCIAL

3.1 A unidade de assistência no tratamento da lipoatrofia facial do portador do HIV/AIDS oferece atenção especializada e integral aos portadores do HIV/AIDS, atuando nas modalidades assistenciais descritas abaixo, conforme as diretrizes do gestor estadual e/ou municipal, que constitui exigência para o credenciamento.

☐ Sim ☐ Não

a) adesão aos critérios da Política Nacional de Humanização

☐ Sim ☐ Não

b) diagnóstico e tratamento do portador do HIV/AIDS, incluindo:

- atendimento de urgência/emergência referida em HIV/AIDS, que funcione nas 24 (vinte e quatro) horas, mediante termo de compromisso firmado com o gestor.

☐ Sim ☐ Não

- leitos clínicos de hospital dia no tratamento do portador do HIV/AIDS, mediante termo de compromisso firmado com o gestor.

☐ Sim ☐ Não

c) reabilitação, suporte e acompanhamento por meio de procedimentos específicos que promovam a melhoria das condições físicas e psicológicas do paciente atuando no preparo pré-operatório ou como complemento pós-cirúrgico no sentido da restituição da capacidade funcional.

☐ Sim ☐ Não

4 INSTALAÇÕES FÍSICAS

4.1 As áreas físicas da unidade possuem alvará de funcionamento

☐ Sim ☐ Não

4.2. Enquadra-se nos critérios e normas estabelecidos pela legislação em vigor ou outros ditames legais que as venham substituir ou complementar, a saber:

a) RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, e de outras que vierem a complementá-la, alterá-la ou substituí-la, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

☐ Sim ☐ Não

b) RDC nº 222, de 28 de março de 2018, que regulamenta as boas práticas de gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde

☐ Sim ☐ Não

c) Possui referência de e contrarreferência de pacientes, de forma hierarquizada pelas secretarias de saúde, e participar dos programas de intercâmbio técnico científicos

☐ Sim ☐ Não

5 RECURSOS HUMANOS

a) a unidade de assistência no tratamento da lipoatrofia facial do portador de HIV/AIDS deve contar com um responsável técnico, médico com título de especialista em cirurgia plástica, reconhecido pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica ou com certificado de residência médica na especialidade, emitido por programa de residência médica reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC) ou médico com título de especialista em dermatologia, reconhecido pela Sociedade Brasileira de Dermatologia ou com certificado de residência médica na especialidade, emitido por programa de residência médica reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC) - Enviar cópia do diploma e titulações.

() Sim () Não

Médico Responsável: _____ CRM: _____

b) esse médico é responsável técnico por um único serviço credenciado pelo Sistema Único de Saúde

() Sim () Não

c) O médico responsável técnico pelo serviço reside e é domiciliado no mesmo município ou cidades circunvizinhas do serviço que está solicitando o credenciamento

() Sim () Não

d) dermatologista: médico com título de especialista em dermatologia, reconhecido pela Sociedade Brasileira de Dermatologia ou com certificado de residência médica na especialidade, emitido por programa de residência médica reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC) - Enviar cópia do diploma e titulações

() Sim () Não

Médico Responsável: _____ CRM: _____

e) Enfermagem: a equipe conta com um enfermeiro coordenador, inscrito no Conselho Regional de Enfermagem de seu estado.

() Sim () Não

Enfermeiro Coordenador: _____ Coren: _____

Conta ainda com enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem em quantitativo suficiente para o atendimento de enfermagem

() Sim () Não

6 MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

A unidade deverá dispor de todos os materiais e equipamentos necessários, em perfeito estado de conservação e funcionamento, para assegurar a qualidade da assistência aos pacientes, que possibilitem a realização do procedimento de preenchimento facial com polimetilmetacrilato (PMMA).

() Sim () Não

A unidade deve dispor de sala para a realização dos procedimentos, contando necessariamente com as seguintes especificações: ambiente específico, com iluminação artificial especial no campo de trabalho (foco de luz móvel), lavatório exclusivo para uso da equipe de assistência, mesa auxiliar de mayo ou carrinho auxiliar, mesa ou maca com encosto reclinável (apoando a cabeça) ou cadeira de dermatologia, estética ou odontológica, recipientes de acondicionamento de resíduos de acordo com a classificação dos resíduos gerados no ambiente (recipiente com pedal para acondicionamento dos resíduos do Grupo A e recipiente rígido para acondicionamento de resíduos perfuro-cortantes). As especificações do ambiente devem estar de acordo com as exigências técnicas definidas na RDC Anvisa nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. (Atribuição 1: prestação de atendimento eletivo de promoção e assistência à saúde em regime ambulatorial e de hospital-dia - Atividade 1.8: realizar procedimentos médicos e odontológicos de pequeno porte, sob anestesia local (punções, biópsias, preenchimentos, etc.)).

() Sim () Não

7 ROTINAS E NORMAS DE FUNCIONAMENTO E ATENDIMENTO

a) a unidade possui rotinas e normas, escritas, atualizadas anualmente e assinadas pelo responsável técnico pela unidade

() Sim () Não

b) as rotinas e normas abordam todos os processos envolvidos na assistência e administração e contemplam os seguintes itens:

- Manutenção preventiva e corretiva de materiais e equipamentos

() Sim () Não

- Avaliação dos pacientes

() Sim () Não

- Indicação do procedimento

() Sim () Não

- Protocolos médico-cirúrgicos

() Sim () Não

- Protocolos de enfermagem

() Sim () Não

- Suporte nutricional

() Sim () Não

- Controle de Infecção Hospitalar

() Sim () Não

- Acompanhamento ambulatorial dos pacientes

() Sim () Não

- Termo de Consentimento livre e esclarecido para todos os atos médicos

() Sim () Não

8 PRODUÇÃO DO SERVIÇO

A unidade de assistência de alta complexidade no tratamento reparador da lipoatrofia facial do portador do HIV/AIDS deverá formalizar através de termo de compromisso, com o gestor, o quantitativo de procedimentos a serem realizados anualmente. Estas unidades serão avaliadas a cada 12 (doze) meses, por meio de auditoria, para definição da continuidade do credenciamento.

9 AVALIAÇÃO DO DIRETOR DA UNIDADE / CHEFE DE SERVIÇO

Conhecendo as condições técnicas da unidade que chefiar e as equipes técnicas que nela prestam atendimento na área do tratamento reparador da lipoatrofia facial do portador do HIV/AIDS, informo que a unidade tem condições e disponibilidade de prestar atendimento a estes pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Declaro autênticas as informações contidas neste cadastro.

Nome do Diretor / Chefe do Serviço_____

Assinatura_____

Local_____

Data_____

10. PARECER DO AUDITOR

Nome do Auditor_____

Assinatura_____

Cargo/ Função_____

Instituição_____

Local_____

Data_____

ANEXO XXIII

FORMULÁRIO DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA PARA LIPODISTROFIA
(Origem: Anexo 5 da POC SAS/MS,SVS/MS 1/2009)

Unidade de acompanhamento:
Dados pessoais do paciente:
Nome completo:
Data de nascimento:
Nome da mãe:
Cartão do SUS: RG: CPF:
Endereço:
Cep: Cidade: UF:
Telefone para contato:
Dados clínicos:
Ano de diagnóstico do HIV:
HMA (infecções oportunistas e uso de ARV):
Antecedentes pessoais (tabagismo, etilismo, usuário de drogas, cirurgias anteriores...)
Medicação ARV atual:
Exames/data (mm/aaaa):
Hemograma (/)
Hb: Hr: Hemáceas:
Leucócitos totais (/)
Linfócitos:
Neutrófilos:
Eosinófilos:
Contagem de plaquetas (/)
Coagulograma (/)
CD4 (/) CD8 (/)
Carga Viral (/)
Glicemia () Uréia () Creatinina ()
Bioquímica (/)
TGO (AST): TGP(AST): Gama-GT: F. Alcalina:
Bilirrubinas: BT: BD: BI:
Lipidograma (/)
Colesterol total: HDL: LDL: VLDL:
Triglicérides:
Proteínas totais e frações: (/)
Albumina: globulina:
Procedimento solicitado:
() Lipoaspiração de giba () Lipoaspiração de parede abdominal () Lipohipertrofia mamária () Lipoenxertia de glúteo () Reconstrução de glúteo () Lipoenxertia de face () Preenchimento facial com PMMA (APAC)
Dados do solicitante:
Médico solicitante:
CRM/UF: Fone p/ contato:
Data de solicitação:
Observação:
Anexar de acordo com o procedimento:
RX de tórax: ()
USG mamária: ()
Mamografia: ()
Outro:
Parecer do cirurgião plástico/dermatologista

() Indicado () contra-indicado	
Justificar se contra-indicado:	
Assinatura do cirurgião plástico.dermatologista: _____	CRM/UF: _____ Data: _____

ANEXO XXIV

NORMAS DE CREDENCIAMENTO DOS SERVIÇOS LABORATORIAIS ESPECIALIZADOS PARA A CONTAGEM DE LINFÓCITOS T CD4+/CD8+ E QUANTIFICAÇÃO DO RNA DO HIV-1

(Origem: Anexo 1 da PRT SAS/MS 334/2007)

1- Planejamento e distribuição dos serviços

1.1 - As secretarias de estado de saúde deverão estabelecer planejamento regional hierarquizado para formar Rede Estadual e/ou Regional de Monitoramento Terapêutico Laboratorial do portador do HIV/AIDS, que seja responsável pela assistência destes pacientes que necessitem ser submetidos aos procedimentos especializados para a contagem de Linfócitos T CD4+/CD8+ e quantificação do RNA do HIV-1.

2 - Conceitos e Definições:

2.1 - Entende-se por credenciamento de serviço laboratorial especializado para a contagem de Linfócitos T CD4+/CD8+ e quantificação do RNA do HIV-1, o ato do respectivo gestor municipal, estadual e do Distrito Federal do SUS de contratar para que preste serviços de média e alta complexidade ao SUS o laboratório cadastrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), que tenha o perfil definido nos §1º e §2º do Artigo 1º.

2.2 - Entende-se por habilitação de serviços laboratoriais especializados para a contagem de Linfócitos T CD4+/CD8+ e quantificação do RNA do HIV-1, o ato do gestor federal que ratifica o credenciamento do gestor municipal ou estadual ou do Distrito Federal do SUS, devidamente encaminhado ao Ministério da Saúde pelo respectivo gestor estadual do SUS, após a pactuação e aprovação da Comissão Intergestores Bipartite.

3 - Processo de credenciamento e habilitação de serviço laboratorial especializado para a contagem de Linfócitos T CD4+/CD8+ e quantificação do RNA do HIV-1.

3.1 - O processo de credenciamento de serviço laboratorial especializado para a contagem de Linfócitos T CD4+/CD8+ e quantificação do RNA do HIV-1, inicia-se com a solicitação por parte do estabelecimento de saúde ao respectivo gestor do SUS, da esfera municipal (municípios em gestão plena) ou estadual, ou por proposta desse gestor ao estabelecimento, devendo estar compatível com as Redes Estaduais ou Regionais de Atenção.

3.2 - O laboratório, para ser credenciado como serviço laboratorial especializado para a contagem de Linfócitos T CD4+/CD8+ e quantificação do RNA do HIV-1 deve ser público, federal, estadual, municipal e/ou Universidade Públicas.

3.3 - O respectivo gestor do SUS, uma vez concluída a análise preconizada na fase de planejamento (estimativa de necessidade em base populacional de pacientes vivendo com HIV/AIDS e distribuição geográfica) da rede de assistência laboratorial especializada, se atendidos a necessidade e os critérios estratégicos e técnicos para credenciamento exarados na Seção VII do Capítulo I do Título II e seus Anexos, dará início ao processo de credenciamento. A ausência desta avaliação ou da aprovação por parte do respectivo gestor do SUS impede a sequência do processo.

3.4 - O processo de credenciamento deverá ser formalizado pela secretaria de estado da Saúde ou pela secretaria municipal de saúde, de acordo com a divisão de responsabilidades de gestão estabelecidas pela legislação vigente.

3.5 - O processo de credenciamento, ao ser formalizado pelo respectivo gestor do SUS, deverá ser instruído com:

a - Documento de Solicitação/Aceitação de Credenciamento por parte do estabelecimento de saúde pelo responsável pelo Serviço Laboratorial Especializado;

b - Formulário de Vistoria preenchido pelo respectivo gestor do SUS, incluindo o termo de compromisso relativo ao número de exames ofertados ao SUS, para utilização quando julgado necessário e sob acesso regulado pelo gestor;

c - Documentação comprobatória do cumprimento das exigências para credenciamento estabelecidas por este Anexo;

d - Relatório de vistoria realizada in loco pela Vigilância Sanitária, com a avaliação das condições de funcionamento da Unidade;

e - Parecer conclusivo do respectivo gestor do SUS - manifestação expressa, firmada pelo Secretário da Saúde, em relação ao credenciamento. No caso de processo formalizado por secretaria municipal de saúde, deverá constar, além do parecer do gestor municipal, o parecer do gestor estadual do SUS, que será responsável pela integração do serviço laboratorial especializado para a contagem de Linfócitos T CD4+/CD8+ e quantificação do RNA do HIV-1 à rede estadual e a definição dos fluxos de referência e contra-referência dos pacientes;

f - Manifestação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) aprovando o credenciamento do serviço laboratorial especializado para a contagem de Linfócitos T CD4+/CD8+ e quantificação do RNA do HIV-1, bem como a informação sobre o impacto financeiro no custeio do serviço laboratorial.

3.6 - Uma vez emitido o parecer a respeito do credenciamento pelo(s) gestor(es) do SUS e se o mesmo for favorável, o processo ficará na posse do gestor estadual do SUS, disponível ao Ministério da Saúde para fins de supervisão e auditoria.

3.7 - A secretaria de estado da saúde encaminhará ao Programa de DST/AIDS da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) o formulário de vistoria devidamente preenchido e assinado pelo secretário de estado da saúde.

3.8 - O Ministério da Saúde avaliará o formulário de vistoria encaminhado pela secretaria de estado da saúde através do Programa de DST/AIDS da Secretaria de Vigilância em Saúde e a habilitação, se necessário, estará vinculada à vistoria in loco e será realizada pelo Programa Nacional de DST/AIDS/SVS em conjunto com a CGMC/DAET/SAES.

3.9 - Caso a avaliação do credenciamento /habilitação seja favorável, a Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES) tomará as providências para a publicação da Habilitação.

3.10 - O Ministério da Saúde através do Programa Nacional de DST/AIDS encaminhará à secretaria de estado da saúde o relatório da Vistoria para conhecimento, manifestação e providências, e posterior deliberação pela Comissão Intergestores Biparte da Unidade Federada, em caso de pendências.

4 - Instalações físicas, condições técnicas, equipamentos e recursos humanos necessários à prestação de serviços laboratoriais especializados para a contagem de Linfócitos T CD4+/CD8+ e quantificação do RNA do HIV-1:

4.1 - Disposições Gerais:

4.1.1 - Para o credenciamento, os laboratórios deverão apresentar Alvará de Funcionamento (Licença Sanitária) e se enquadrar nos critérios e normas estabelecidos pela legislação em vigor ou outros ditames legais que as venham substituir ou complementar;

a) construção, reforma ou adaptação na estrutura física dos estabelecimentos de saúde devem ser precedidas de aprovação do projeto junto à autoridade sanitária local em conformidade com a RDC/ANVISA nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, e suas atualizações ou instrumento legal que venha a substituí-la;

b) o serviço laboratorial especializado deve ainda atender à RDC Anvisa nº 306, de 07 de dezembro de 2004, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde;

c) Os laboratórios a serem credenciados como serviço laboratorial especializado para a contagem de Linfócitos T CD4+/CD8+ e quantificação do RNA do HIV-1, devem integrar o sistema de referência e contrarreferência hierarquizado e participar dos programas de intercâmbio técnico-científico da secretaria municipal de Saúde, secretaria de estado da saúde ou Ministério da Saúde;

d) Adesão à Política Nacional de Humanização e a melhoria de qualidade da assistência, de acordo com normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde;

e) É indispensável ao laboratório possuir sistema de informação atualizado - SISCEL, com todos os dados do paciente. São informações mínimas e indispensáveis:

e1) Identificação do paciente;

e2) Data de nascimento;

e3) Cidade de Nascimento;

e4) Sexo;

e5) Nome da Mãe;

e6) Cópia do laudo de emissão de Autorização para Procedimento de Alta Complexidade (APAC) e da APAC - formulário;

f) O laboratório, para ser credenciado como serviço laboratorial especializado para a contagem de Linfócitos T CD4+/CD8+ e quantificação do RNA do HIV-1, deve estar devidamente cadastrado no Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde - SCNES;

g) Os laboratórios para a contagem de Linfócitos T CD4+/CD8+ e quantificação do RNA do HIV-1 devem realizar no mínimo 600 exames/mês. e no máximo 1.200 exames/mês para a contagem de Linfócitos T CD4+/CD8+ e quantificação do RNA do HIV-1;

h) Para cálculo do parâmetro de distribuição dos testes e serviços laboratoriais, apresentados no Anexo VII, foi considerado o número de exames para a contagem de Linfócitos T CD4+/CD8+ e quantificação do RNA do HIV-1, nos seguintes grupos:

- pacientes em tratamento com Antirretroviral (ARV) em média 3 exames/ano
- pacientes assintomáticos
- pacientes em falha terapêutica gestantes
- crianças com até 18 (dezoito) meses de idade, nascidas de mães soropositivas.

Foi considerada a média de exames/ano de acordo com as recomendações do PN DST/Aids para monitoramento do tratamento e a capacidade de produção dos serviços laboratoriais (que varia pode variar de no mínimo 600 exames/mês e no máximo 1.200 exames/mês).

Estados que apresentem demanda inferior a 600 (seiscentos) exames/mês devem possuir o mínimo de 1 (um) laboratório.

4.2 - Equipe Técnica

4.2.1 - Exigências para a composição das equipes técnicas mínimas para o laboratório de contagem de linfócitos T CD4+/CD8+ e para o laboratório que realiza a quantificação do RNA do HIV.

4.2.1.1 - O responsável técnico de cada laboratório deve ser profissional da área de saúde, de nível superior, com experiência de pelo menos 2 (dois) anos de laboratório clínico e/ou biologia molecular. Esta experiência deve ser comprovada por declaração emitida por responsável pela instituição a que pertence o laboratório.

4.2.1.2 - A equipe técnica dos laboratórios devem ser constituída por profissionais de nível superior da área de saúde, com experiência mínima de 2 (dois) anos de trabalho em laboratório clínico e/ou biologia molecular. Esta experiência deve ser comprovada por certificado e/ou declaração emitida por responsável técnico pelo laboratório. Os mesmos devem ser responsáveis por todo o processo de execução dos testes e pela emissão de laudo e liberação dos resultados no Sistema Informatizado de Controle de Exames laboratoriais (SISCEL).

4.2.1.3 - O número de profissionais no laboratório deve ser compatível com o número de exames a serem realizados pelo laboratório.

4.2.1.4 - Recomenda-se para os laboratórios de contagem de linfócitos T CD4+/CD8+, com uma cota mensal de até 600 (seiscentos) testes/mês, no mínimo 1 (um) profissional de nível superior para execução dos testes.

4.2.1.5 - Recomenda-se para os laboratórios para quantificação do RNA do HIV-1, com execução de até 600v(seiscentos) testes/mês, no mínimo 2 (dois) profissionais de nível superior, para execução dos testes. Os mesmos deverão ser exclusivos desses laboratórios.

4.3 - Estrutura física e funcional mínima para serviço laboratorial especializado para a contagem de Linfócitos T CD4+/CD8+ e quantificação do RNA do HIV-1. 4.3.1 - Exigências comuns aos laboratórios para a contagem de Linfócitos T CD4+/CD8+ e quantificação do RNA do HIV-1:

4.3.1.1 - Instalações físicas

a) As áreas físicas dos laboratórios devem se enquadrar nos critérios estabelecidos pela Legislação da Secretaria de Vigilância Sanitária.

b) As áreas devem ser adequadas, permitindo que os exames sejam desenvolvidos com organização, segurança e devem ser apropriadamente iluminada.

c) A temperatura ambiente exigida para realização dos testes é em torno de 20 - 25° C e deve ser permanentemente monitorada para assegurar, que esteja dentro da faixa aceitável.

d) Deve ser realizado o monitoramento da qualidade do ar condicionado.

e) Os laboratórios de biologia molecular não devem possuir ar condicionado central, a menos que as salas tenham filtros HEPA.

f) A energia elétrica deve ter potência suficiente para a instalação adequada dos equipamentos (110V e 220V).

g) Os laboratórios devem possuir ponto de rede com acesso à Internet, para fins de instalação do Sistema de Controle de Informações Laboratoriais (SISCEL), linha direta capaz de acessar o serviço do tipo 0800.

h) Os laboratórios devem possuir bancadas de alvenaria com superfície lisa não porosa. As paredes devem ser lisas, pintadas com tinta laváveis ou tipo epóx. As áreas destinadas aos laboratórios de biologia molecular para quantificação do RNA do HIV-1 devem possuir, no mínimo, 2 (duas) áreas distintas (Anexo VII), isoladas e vedadas fisicamente uma da outra, para não ocorrer nenhum tipo de contaminação.

i) Devem possuir áreas próximas, destinadas a esterilização e descarte de material biológico.

4.3.1.2 - Equipamentos/materiais

4.3.1.2.1 - Os Laboratórios de biologia molecular devem ter obrigatoriamente: 1 (um) fluxo Laminar vertical, 1 (uma) centrífuga sorológica, 1 (um) banho-maria, 1 (um) freezer -70°C para acondicionamento das amostras biológicas). Em ambas as salas devem possuir:

- geladeiras (não frost-free) e freezer -20° C, ou geladeira duplex;

- agitadores de tubos (vortex);

- jogos de pipetas automáticas periodicamente calibradas (mínimo de seis em seis meses).

b) Equipamentos de proteção individual (aventais descartáveis, luvas sem talco, gorros, pró-pés (sapatilhas), óculos de proteção ou protetor facial) devem ser específicos para cada área dos laboratórios de biologia molecular e sistema de descarte biológico.

b.1) As luvas para os procedimento executados pelos laboratórios de biologia molecular não deverão conter talco.

4.3.1.2.2 - Os Laboratórios de contagem de linfócitos T CD4+/CD8+ devem ter obrigatoriamente:

a) geladeiras, não frost-free;

b) agitadores de tubos (vortex);

c) jogos de pipetas automáticas periodicamente calibradas (mínimo de seis em seis meses)

d) Equipamentos de proteção individual (aventais descartáveis, luvas, óculos de proteção ou protetor facial) devem ser específicos para cada área do laboratório e sistema de descarte biológico.

4.3.1.2.3 - Coleta de material biológico

o Recebimento ou coleta de material biológico; devem possuir área adequada, segundo as normas de biossegurança para o paciente e para o coletor.

Na sala de coleta deve haver clara indicação sobre o modo de coleta de material para cada exame (Resolução RDC nº 50; Portaria nº 53, de 1º de março de 1979; Associação Brasileira de Normas Técnicas NBR 7.500 e NBR 9191 ou outras normas que as substituam). Os laboratórios são responsáveis diretos pela qualidade da amostra recebida, devendo, portanto se responsabilizar pelo treinamento dos seus pontos de coleta, conforme a RDC/ANVISA nº 302, de 13 de outubro de 2005 ou outra que a substituir.

4.4 - Biossegurança

Os laboratórios para a contagem de Linfócitos T CD4+/CD8+ e quantificação do RNA do HIV-1, deve estar de acordo com as normas de biossegurança. Exame (Resolução RDC nº153, de 14 de junho de 2004; Manual de condutas em exposição ocupacional e material biológico, MS, 1999; Biossegurança em laboratórios biomédicos e de microbiologia - FUNASA, 2001).

5 - Avaliação de serviços e capacitação de profissionais especializados.

5.1 - Avaliação da prestação de serviço laboratorial especializado para a contagem de Linfócitos T CD4+/CD8+ e quantificação do RNA do HIV-1 será realizada anualmente, tendo como base os parâmetros de produção e avaliação de desempenho da "Avaliação Externa de Qualidade (AEQ)" dos laboratórios especializados autorizados para realização de procedimentos para a contagem de Linfócitos T CD4+/CD8+ e quantificação do RNA do HIV-1. Essa avaliação irá determinar se o laboratório especializado deve ser auditado no sentido da continuidade ou não do credenciamento.

5.2 - Capacitação de profissionais especializados para a contagem de Linfócitos T CD4+/CD8+ e quantificação do RNA do HIV1:

5.2.1 - O serviço laboratorial especializado para a contagem de Linfócitos T CD4+/CD8+ e quantificação do RNA do HIV-1 habilitado, receberá capacitação profissional em forma de treinamento monitorado pelo Programa Nacional de DST e AIDS/SVS e pela CGMCA/DAET/SAES.

6 - Manutenção do Credenciamento dos serviços laboratoriais especializados para a contagem de Linfócitos T CD4+/CD8+ e quantificação do RNA do HIV-1.

6.1 - A manutenção do credenciamento dos serviços laboratoriais especializados para a contagem de Linfócitos T CD4+/CD8+ e quantificação do RNA do HIV-1 estará condicionada:

a) ao cumprimento contínuo, pelo serviço, das normas estabelecidas na Seção VII do Capítulo I do Título II;

b) a avaliação anual com aprovação, conforme o sub-item 5.1, acima, dos serviços produzidos, conduzida pelo PN DST AIDS e pelo Comitê Assessor de Laboratório.

c) a avaliação dos serviços prestados por meio da realização de auditorias periódicas sob cuja gestão esteja o serviço, devendo os relatórios gerados serem encaminhados ao Programa de DST/SAES/SVS e à CGMC/DAET/SAES.

6.2 - O respectivo gestor do SUS, em conjunto com o Programa Nacional de DST e AIDS/SVS e CGMC/DATE/SAES decidirá sobre a suspensão do credenciamento de um serviço, amparado no cumprimento das normas estabelecidas na Seção VII do Capítulo I do Título II e anexos, nos relatórios periódicos de avaliação e na produção anual.

ANEXO XXV

FORMULÁRIO DE VISTORIA DO GESTOR PARA CREDENCIAMENTO/HABILITAÇÃO DE SERVIÇOS LABORATORIAIS ESPECIALIZADOS PARA A CONTAGEM DE LINFÓCITO TCD4+/CD8

(Origem: Anexo 2 da PRT SAS/MS 334/2007)

De acordo com o estabelecido pela Seção VII do Capítulo I do Título II, referente ao processo de credenciamento e habilitação de laboratórios para contagem de linfócitos T CD4+/CD8+. Encaminha-se ao Programa Nacional de DST/Aids, as informações relacionadas no processo N°_____ devidamente instruído e analisado por esta Secretaria de Saúde.

1. IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO			
NOME DO LABORATÓRIO:			
NOME DA ORGANIZAÇÃO DA QUAL FORMA PARTE OU RAZÃO SOCIAL:			
A ORGANIZAÇÃO PERTENCE A:			
		MS	
		SES	
		SMS	
		OUTRO -	
ENDEREÇO Rua:			
MUNICÍPIO:		CEP:	
CIDADE:		U.F:	
TELEFONE:		FAX:	
E-MAIL:			
CÓDIGO DO REGISTRO NO CNES:			
CNPJ:			
GESTÃO MUNICIPAL?		SIM : N°	NÃO
GESTÃO ESTADUAL?		SIM : N°	NÃO
REGISTRO NA VIG. SANITÁRIA?		SIM : N°	NÃO
NOME DO DIRETOR:			
RESPONSÁVEL TÉCNICO DO LABORATÓRIO:			
2. QUADRO RESUMO DE PESSOAL			
	DEDICAÇÃO EXCLUSIVA PARA CD4/CD8		
	SIM	NÃO	JORNADA DIÁRIA(HORAS)
No. de profissional de nível superior			
No. de técnicos de laboratório			
No. de funcionários do setor administrativo (SISCEL)			
TOTAL			
2.2 RESPONSÁVEL TÉCNICO PELO LABORATÓRIO PARA CONTAGEM DE LINFÓCITO T CD4+/CD8:			
NOME:			
FORMAÇÃO (instituição e período):			
ESPECIALIZAÇÃO/PÓS-GRADUAÇÃO:			
EXPERIÊNCIA (executa Imunologia desde):			
2.3 RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO			
NOME:			
FORMAÇÃO (instituição e período):			
ESPECIALIZAÇÃO/PÓS-GRADUAÇÃO:			
EXPERIÊNCIA (executa Imunologia desde):			
3. INSTALAÇÃO E AMBIENTE			
ÁREA DO LOCAL ONDE É REALIZADA A CONTAGEM DE LINFÓCITO T CD4+/CD8: m² m²			
ÁREA DISTINTA:	SIM	NÃO	
BANCADAS DE ALVENARIA DE SUPERFÍCIE LISA NÃO POROSA:	SIM	NÃO	
PAREDES LISAS LAVÁVEIS (TIPO EPÓX):	SIM	NÃO	
INCLUIR PLANTA BAIXA DO LABORATÓRIO:	SIM	NÃO	
O AMBIENTE É CLIMATIZADO MÉDIA 20 - 25°C:	SIM	NÃO	
HÁ MONITORAMENTO DA TEMPERATURA AMBIENTE:	SIM	NÃO	
ÁREA DESTINADA A DESCARTE SEPARADA:			
ÁREA DESTINADA À LAVAGEM E ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAL:			
4. EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS PARA CONTAGEM DE LINFÓCITO T CD4+/CD8:			
UM (1) JOGO DE PIPETAS AUTOMÁTICAS	SIM	NÃO	
PIPETAS CALIBRADAS	SIM	NÃO	
1 (UMA) GELADEIRA EXCLUSIVA PARA D4/CD8:	SIM	NÃO	

AGITADOR DE TUBOS:	SIM	NÃO		
VÁRIOS PONTOS DE FORÇA 110V	SIM	NÃO		
VÁRIOS PONTOS DE FORÇA 220V	SIM	NÃO		
SISTEMA DE DESCARTE DE MATERIAIS BIOLÓGICOS:	SIM	NÃO		
PONTO DE REDE COM ACESSO A INTERNET:	SIM	NÃO		
MICROPIPETAS AUTOMÁTICAS:				
TIPO (MONOCANAL/MULTICANAL/ETC.)	VOLUME	QUANTIDADE		
5. BIOSSEGURANÇA				
Uso de EPI	Avental/Jaleco () Sim () Não	Máscara () Sim () Não	Luva () Sim () Não	Óculos () Sim () Não
INSTRUÇÕES ESCRITAS PARA O DESCARTE DE MATERIAL?	Sim		Não	
6. CAPACIDADE EXECUTORA E OPERACIONAL DO LABORATÓRIO				
Mais de 600 (seiscentos) exames/mês	Sim		Não	
6.1 Explicar o número de exames a ser realizado, mensalmente quantidade mínima e máxima de testes, abrangência do laboratório, localidades a serem beneficiados com os exames. (folha em anexo)				
NOME/ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: DATA:				
7. GESTOR MUNICIPAL NOME/ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: DATA:				
8. SECRETÁRIO ESTADUAL NOME/ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: DATA: Carimbo				
9. Programa Nacional DST/Aids/SVS/MS O laboratório atende as exigências vigentes, e será habilitado como laboratório executor de exames para Contagem de Linfócitos T CD4+/CD8+. () SIM () NÃO				

ANEXO XXVI

FORMULÁRIO DE VISTORIA DO GESTOR PARA CREDENCIAMENTO/HABILITAÇÃO DE SERVIÇOS LABORATORIAIS ESPECIALIZADOS PARA A QUANTIFICAÇÃO DO RNA DO HIV-1

(Origem: Anexo 3 da PRT SAS/MS 334/2007)

De acordo com o estabelecido pela Seção VII do Capítulo I do Título II, referente ao processo de credenciamento e habilitação de laboratórios para a realização da quantificação do RNA do HIV-1. Encaminha-se ao Programa Nacional de DST/Aids, as informações relacionadas no processo N° _____ devidamente instruído e analisado por esta Secretaria de Saúde.

1. IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO						
NOME DO LABORATÓRIO:						
NOME DA ORGANIZAÇÃO DA QUAL FORMA PARTE OU RAZÃO SOCIAL:						
A ORGANIZAÇÃO PERTENCE A:						
		MS		SES		SMS
						OUTRO -
ENDEREÇO Rua:						
MUNICÍPIO:				CEP:		
CIDADE:				U.F:		
TELEFONE:				FAX:		
E-MAIL:						
CÓDIGO DO REGISTRO NO CNES:						

CNPJ:				
GESTÃO MUNICIPAL?		SIM: N°	NÃO	
GESTÃO ESTADUAL?		SIM: N°	NÃO	
REGISTRO NA VIG. SANITÁRIA?		SIM: N°	NÃO	
NOME DO DIRETOR:				
RESPONSÁVEL TÉCNICO DO LABORATÓRIO:				
2. QUADRO RESUMO DE PESSOAL				
	DEDICAÇÃO EXCLUSIVA PARA BIOMOL			
	SIM	NÃO	JORNADA DIÁRIA (HORAS)	
Nº de funcionários de nível superior				
Nº de técnicos de laboratório				
Nº de funcionários do setor administrativo (SISCEL)				
TOTAL				
2.2 RESPONSÁVEL TÉCNICO PELO LABORATÓRIO DE BIOLOGIA MOLECULAR:				
NOME:				
FORMAÇÃO (instituição e período):				
ESPECIALIZAÇÃO/PÓS-GRADUAÇÃO:				
EXPERIÊNCIA (executa Biologia Molecular desde):				
2.3 RESPONSÁVEL SUBSTITUTO				
NOME:				
FORMAÇÃO (instituição e período):				
ESPECIALIZAÇÃO/PÓS-GRADUAÇÃO:				
EXPERIÊNCIA (executa Biologia Molecular desde):				
2. INSTALAÇÃO E AMBIENTE				
ÁREA DO LOCAL ONDE É REALIZADA A QUANTIFICAÇÃO DO RNA DO HIV1: m2m2				
DUAS ÁREAS DISTINTAS:		SIM		NÃO
UMA INTERMEDIÁRIA:		SIM		NÃO
BANCADAS DE ALVENARIA DE SUPERFÍCIE LISA NÃO POROSA:			SIM	NÃO
PAREDES LISAS TIPO EPOX:			SIM	NÃO
INCLUIR PLANTA BAIXA DO LABORATÓRIO:			SIM	NÃO
O AMBIENTE É CLIMATIZADO MÉDIA 25°C:		SIM		NÃO
HÁ MONITORAMENTO DA TEMPERATURA AMBIENTE:		SIM		NÃO
ÁREA DESTINADA A DESCARTE SEPARADA:				
ÁREA DESTINADA À LAVAGEM E ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAL				
4. EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS PARA A QUANTIFICAÇÃO DO RNA DO HIV-1				
FLUXO LAMINAR VERTICAL		SIM		NÃO
CENTRÍFUGA SOROLÓGICA		SIM		NÃO
2 (DOIS) JOGOS DE PIPETAS AUTOMÁTICAS		SIM		NÃO
PIPETAS CALIBRADAS		SIM		NÃO
2 (DUAS) GELADEIRAS EXCLUSIVAS PARA BIOLOGIA MOLECULAR		SIM		NÃO
2 (DOIS) FREEZERS -20°C EXCLUSIVOS PARA BIOLOGIA MOLECULAR		SIM		NÃO
AGITADOR DE TUBOS		SIM		NÃO
VÁRIOS PONTOS DE FORÇA 110 V:		SIM		NÃO
VÁRIOS PONTOS DE FORÇA 220 V:		SIM		NÃO
1 (UM) FREEZER -70°C		SIM		NÃO
BANHO-MARIA:		SIM		NÃO
SISTEMA DE DESCARTE DE MATERIAIS BIOLÓGICOS:		SIM		NÃO

PONTO DE REDE COM ACESSO A INTERNET:				SIM		NÃO	
MICROPIPETAS AUTOMÁTICAS:							
TIPO (MONOCANAL / MULTICANAL / ETC.)				VOLUME		QUANTIDADE	
5. BIOSSEGURANÇA							
Uso de EPI:	Avental () SIM () NÃO	PRO-PÉ () SIM () NÃO		Máscara () SIM () NÃO		Luva s/talco () SIM () NÃO	Óculos () SIM () NÃO
6. CAPACIDADE EXECUTORA E OPERACIONAL DO LABORATÓRIO							
Mais de 600 (seiscentos) Exames/Mês () Sim () Não				Menos de 600 (seiscentos) Exames/Mês () Sim () Não			
6.1 Explicar o número de exames a ser realizado, mensalmente quantidade mínima e máxima de testes, abrangência do laboratório, localidades a serem beneficiados com os exames. (folha em anexo)							
NOME/ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: DATA:							
7. GESTOR MUNICIPAL NOME/ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: DATA:							
8. SECRETÁRIO ESTADUAL NOME/ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: DATA: Carimbo							
9. Programa Nacional DST/Aids/SVS/MS O laboratório atende as exigências da Seção VII do Capítulo I do Título II, e será habilitado como laboratório executor de exames para a quantificação do RNA do HIV-1. () SIM () NÃO							

ANEXO XXVII

FORMULÁRIO I: MAPEAMENTO DA REDE ESTADUAL DE LABORATÓRIOS PARA CONTAGEM DE LINFÓCITOS T CD4/CD8 E QUANTIFICAÇÃO DO RNA DO HIV-1 COM IDENTIFICAÇÃO DA REFERÊNCIA MUNICIPAIS POR ESTADO

(Origem: Anexo 4 da PRT SAS/MS 334/2007)

	MUNICÍPIO								11.073.03.9-		11.073.04.7 -	
CÓD. IBGE	DE ATENDIMENTO (SEDE DO LABORATÓRIO)	CONDIÇÃO DE GESTÃO		MUNICÍPIOS DE REFERÊNCIAS					Contagem de Linfócitos T CD4/CD8		Quantificação da Carga Viral do HIV	
		GPSM	GPAB/GPABA	ADESÃO PACTO DE GESTÃO	CÓD. IBGE	NOME	População TCU/IBGE	Nº Pac em TARV	Meta Física	Valor R\$	Meta Física	Valor R\$

ANEXO XXVIII

FORMULÁRIO II: CARACTERIZAÇÃO DA REDE DE LABORATÓRIOS PARA CONTAGEM DE LINFÓCITOS T CD4/CD8 E QUANTIFICAÇÃO DO RNA DO HIV-1 POR MUNICÍPIO/ESTADO

(Origem: Anexo 5 da PRT SAS/MS 334/2007)

[illegible]

ANEXO XXIX

PARÂMETROS PARA A DISTRIBUIÇÃO DE SERVIÇOS LABORATORIAIS

(Origem: Anexo 6 da PRT SAS/MS 334/2007)

		02.02.03.002-4 Linfócitos T CD4/CD8, contagem de		02.02.03.107-1 HIV-1, quantificação do RNA		
UF	Nº Pacientes em TARV	META FÍSICA CD4/CD8	TETO FINANCEIRO	META FÍSICA CARGA VIRAL	TETO FINANCEIRO	Necessidade de Laboratórios
AC	117	551	8.265,00	551	9.918,00	1
AL	812	3.799	56.985,00	3.799	68.382,00	1
AM	1.641	7.497	112.455,00	7.497	134.946,00	1
AP	141	657	9.855,00	657	11.826,00	1
BA	4.272	19.758	296.370,00	19.758	355.644,00	3
CE	3.166	14.569	218.535,00	14.569	262.242,00	3
DF	2.361	10.820	162.300,00	10.820	194.760,00	1
ES	2.390	11.051	165.785,00	11.051	198.918,00	2
GO	2.569	11.960	179.400,00	11.960	215.280,00	1
MA	1.531	7.155	107.325,00	7.155	128.790,00	2
MG	10.957	50.835	762.525,00	50.835	915.030,00	6
MS	1.398	6.461	96.915,00	6.461	116.298,00	1
MT	1.510	6.997	104.965,00	6.997	125.946,00	1
PA	2.262	10.386	155.790,00	10.386	186.948,00	2
PB	1.262	5.823	87.345,00	5.823	104.814,00	1
PE	4.069	18.662	279.900,00	18.662	335.916,00	2
PI	1.169	5.388	80.820,00	5.388	96.984,00	1
PR	7.490	34.547	518.205,00	34.547,00	621.846,00	6
RJ	27.387	124.084	1.861.260,00	124.084	2.233.512,00	12
RN	1.016	4.692	70.380,00	4.692	84.456,00	1
RO	582	2.663	39.945,00	2.663	47.934,00	1
RR	156	746	11.190,00	746	13.428,00	1
RS	16.071	73.112	1.096.680,00	73.112	1.316.016,00	8
SC	7.684	35.015	525.225,00	35.015	630.270,00	5
SE	429	2.014	30.210,00	2.014	36.252,00	1
SP	69.667	316.849	4.752.735,00	316.849	5.703.282,00	26
TO	285	1.323	19.845,00	1.323	23.814,00	1
TOTAL	172.394	787.414	11.811.210,00	787.414	14.173.452,00	92

ANEXO XXX

NORMAS PARA CADASTRAMENTO DOS CENTROS DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR

(Origem: Anexo 1 da PRT SAS/MS 656/2002)

Em conformidade com o Capítulo I, do Anexo X, da Portaria de Consolidação 3, de 28 de setembro de 2017, a apresentação do Plano Estadual de Saúde do Trabalhador é requisito indispensável para o recebimento da solicitação de cadastramento e habilitação dos centros de referência em saúde do trabalhador estaduais e regionais, dos estados e do Distrito Federal.

Processo de Cadastramento

1 - A criação de qualquer centro de referência em saúde do trabalhador deverá ser precedida de consulta ao gestor do SUS - secretaria de saúde do estado, do Distrito Federal ou do município, sobre as normas vigentes, a necessidade de sua criação, o planejamento/distribuição regional e a possibilidade de cadastramento do mesmo.

2 - Uma vez confirmada a necessidade da criação do centro de referência em saúde do trabalhador (CRST) pelo gestor do SUS, a solicitação de cadastramento deverá ser formalizada pela secretaria estadual de saúde ou do Distrito Federal, de acordo com a pactuação na Comissão Intergestores Bipartite.

O processo deverá ser remetido à Assessoria Técnica/ ASTEC/SAES, que emitirá parecer. Caso o parecer seja favorável, o processo será encaminhado ao gestor estadual para efetivar o credenciamento.

Exigências para o Cadastramento

1. Integrar a rede municipal e/ou estadual do SUS e desempenhar atividades de assistência especializada no campo da saúde do trabalhador;

2. Os centros de referência em saúde do trabalhador poderão constituir-se nas seguintes modalidades: CRST Estadual e CRST Regional, definidos por ordem crescente de porte, complexidade e abrangência populacional, conforme o estabelecido no art. 8º do Anexo X da Portaria de Consolidação 3, de 28 de setembro de 2017;

3. Desenvolver, no mínimo, o conjunto de atribuições e apresentar as características definidas no Anexo 2 do Anexo X da Portaria de Consolidação 3, de 28 de setembro de 2017;

4. O município que sediar o centro de referência em saúde do trabalhador deverá ter constituída uma comissão interinstitucional de saúde do trabalhador (CIST);

5. O centro de referência deve dispor de vínculo com o conselho municipal de saúde (CMS) diretamente ou por meio da comissão interinstitucional de saúde do trabalhador (CIST) local;

6. A manutenção do cadastramento está vinculada ao cumprimento, pelo CRST, das normas estabelecidas na Seção IX do Capítulo I do Título II, além da avaliação favorável do seu funcionamento, por meio da realização de auditorias periódicas, pelas secretarias de saúde sob cuja gestão esteja o CRST.

ANEXO XXXI

DA REDE NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR: DESENVOLVIMENTO DE PROJETOS ESTRUTURADORES

(Origem: Anexo 3 da PRT SAS/MS 656/2002)

1. O processo de organização e implantação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador envolverá a implementação de 5 (cinco) projetos estruturadores, assim denominados pelo seu papel organizador do conjunto de práticas e procedimentos de assistência, vigilância, intervenção sobre as situações caracterizadas como de risco coletivo, elaboração e avaliação de protocolos, investigação da relação entre os agravos à saúde detectados e os problemas de saúde levantados ou observados, a serem realizados pelas equipes de todos os serviços em saúde do trabalhador constituintes da Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador.

2. Estes projetos abrangem a intervenção em 5 (cinco) prioridades no campo da saúde do trabalhador, definidas pela dimensão do contingente de trabalhadores atingidos, pela gravidade do agravo produzido e sua repercussão em outros segmentos populacionais, não diretamente expostos:

- I. problemas de saúde coletiva e ambiental relacionados ao uso de agrotóxicos;
- II. acidentes do trabalho fatais e graves;
- III. lesões por esforço repetitivo/distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (LER/DORT);
- IV. problemas de saúde coletiva e ambiental relacionados com a exposição aos metais pesados e solventes orgânicos;
- V. pneumoconioses.

3. Os mencionados projetos assumirão o caráter de programas nacionais de proteção e de atenção aos grupos de riscos, grupos de trabalhadores e grupos populacionais expostos, bem como do meio ambiente.

4. Estes projetos se caracterizarão pela intersetorialidade, multicentricidade e integralidade nos campos da saúde coletiva e ambiental, assumindo uma função técnica e institucional, uma das ferramentas da contribuição da área da saúde do trabalhador na construção e aprofundamento do SUS e no estabelecimento de conexões com outros setores da intervenção pública.

5. As diretrizes dos cinco projetos estruturadores serão elaboradas por grupos de trabalho específicos, articulados pela Assessoria Técnica/ASTEC/SAES, envolvendo técnicos e especialistas de todas as regiões do País.

ANEXO XXXII

NORMAS DE CLASSIFICAÇÃO E CREDENCIAMENTO/HABILITAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL E ENTERAL/PARENTERAL

(Origem: Anexo 1 da PRT SAS/MS 120/2009)

1 NORMAS GERAIS

1.1 Processo de Credenciamento

Entende-se por credenciamento de unidade de assistência de alta complexidade em terapia nutricional ou de centros de referência de alta complexidade em terapia nutricional o ato do gestor municipal ou estadual do SUS de identificar as unidades prestadores de serviços ao SUS devidamente cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), que, respectivamente, tenha o perfil definido nos art. 116, §§ 1º e 2º.

1.1.1 O processo de credenciamento de unidades de assistência de alta Complexidade em terapia nutricional inicia-se com a solicitação do estabelecimento de saúde ao gestor local do SUS, ou por iniciativa deste.

1.1.2 O respectivo gestor do SUS, uma vez concluída a análise preconizada, atendida a necessidade e os critérios estratégicos e técnicos para credenciamento elencados no art. 115, I e nos Seção X do Capítulo I do Título II e Anexos XXXIII e XXXIV, dará início ao processo de credenciamento. A ausência desta avaliação ou da aprovação por parte do respectivo gestor do SUS impede a sequência do processo.

1.1.3 O processo de credenciamento deverá ser formalizado pela secretaria estadual de saúde ou pela secretaria municipal de saúde, de acordo com a divisão de responsabilidades e deverá ser instruída com:

- a) documento de solicitação/aceitação de credenciamento por parte do estabelecimento de saúde pelo diretor do hospital;
- b) formulário de vistoria preenchido pelo respectivo gestor do SUS;
- c) documentação comprobatória do cumprimento das exigências para credenciamento estabelecidas por este Anexo;
- d) roteiro da VISA para inspeção de serviços de assistência de alta complexidade em terapia nutricional - enteral/parenteral;

e) relatório de vistoria, baseado no roteiro mencionado no item anterior, realizado in loco pela Vigilância Sanitária, com a avaliação das condições de funcionamento da unidade;

f) parecer conclusivo do respectivo gestor do SUS - manifestação expressa, firmada pelo Secretário da Saúde, em relação ao credenciamento. No caso de processo formalizado por secretaria municipal de saúde, deverá constar, além do parecer do gestor, o parecer do gestor estadual do SUS, que será responsável pela integração da unidade à rede estadual e a definição dos fluxos de referência e contrarreferência dos pacientes;

g) manifestação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) aprovando o credenciamento da Unidade, bem como a informação sobre o impacto financeiro no custeio do hospital.

1.1.4 Uma vez emitido parecer favorável a respeito do credenciamento pelo(s) gestor(es) do SUS o processo ficará na posse do gestor do SUS, disponível ao Ministério da Saúde para fins de supervisão e auditoria.

1.1.5 A secretaria de estado da saúde encaminhará à Coordenação-Geral de Atenção Especializada, do Departamento de Atenção Especializada e Temática, da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, os seguintes documentos:

a) anuência do Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional para ser centro de referência de alta complexidade em terapia nutricional;

b) parecer conclusivo do gestor estadual quanto ao credenciamento do Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional como centro de referência de alta complexidade em terapia nutricional;

c) formulário de vistoria preenchido pelo respectivo gestor do SUS;

d) relatório de vistoria da VISA local, com o parecer conclusivo sobre o credenciamento/habilitação da unidade ou do centro de referência;

e) resolução da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) aprovando o credenciamento da unidade ou do centro de referência;

f) planilha contendo informações sobre a produção do estabelecimento de saúde que já estava credenciado no SUS e a proposta de ampliação da inclusão de novos estabelecimentos de saúde.

1.2 Processo de Habilitação

Entende-se por habilitação de unidade de assistência de alta complexidade em terapia nutricional ou de centro de referência de alta complexidade em terapia nutricional o ato do gestor federal que ratifica o credenciamento do gestor municipal ou estadual do SUS.

1.2.1 O Ministério da Saúde avaliará, por meio da Coordenação-Geral de Atenção Especializada, do Departamento de Atenção Especializada e Temática, da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde os documentos enviados pelo gestor estadual de saúde.

1.2.2 Caso a avaliação do credenciamento seja favorável, a Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES) tomará as providências para a publicação da habilitação.

1.2.3 A habilitação, se necessário, estará vinculada à vistoria in loco pelo Ministério da Saúde.

1.2.4 Em caso de pendências o Ministério da Saúde encaminhará à respectiva secretaria de estado da saúde o relatório da vistoria para conhecimento, manifestação e providências.

1.3 Registro das Informações do Paciente

A unidade deve possuir um prontuário único para cada paciente, devidamente ordenados no serviço de arquivo médico, que inclua todos os atendimentos a ele prestados, contendo as informações completas do quadro clínico e sua evolução, escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento. Informações indispensáveis e mínimas do prontuário:

a) identificação do paciente;

b) histórico clínico;

c) triagem e avaliação nutricional;

- d) indicação e acompanhamento nutricional;
- e) descrição do ato cirúrgico ou procedimento endoscópico, quando for o caso;
- f) descrição da evolução;
- g) ficha de registro de infecção hospitalar;
- h) sumário da alta hospitalar;
- i) evolução ambulatorial.

1.4 Instalações Físicas

As áreas físicas da unidade deverão possuir alvará de funcionamento e se enquadrar nos critérios e normas estabelecidos pela legislação em vigor, ou outros ditames legais que as venham substituir ou complementar, a saber:

- a) Portaria da Agência Nacional de Vigilância Sanitária nº 272, de 08 de abril de 1998, que aprova o Regulamento Técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Parenteral;
- b) Resolução de Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária nº 63 de 6 de julho 2000, que aprova o Regulamento Técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Enteral;
- c) RDC Anvisa nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, e de outras que vierem a complementá-la, alterá-la ou substituí-la;
- d) RDC Anvisa nº 222, de 28 de março de 2018, que dispõe sobre Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde.
- e) Resolução nº 5, de 5 de agosto de 1993, do Conselho Nacional de Meio Ambiente (CONAMA).

1.5 Manutenção da Habilitação

A manutenção da habilitação estará condicionada:

- a) ao cumprimento continuado, pela unidade, das normas estabelecidas no art. 115, I;
- b) à avaliação e auditorias periódicas ou recomendadas pela Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES), executadas pela secretaria de saúde sob cuja gestão esteja a unidade.
- c) O Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET/SAES/MS), por intermédio da Coordenação-Geral de Atenção Especializada, determinará a suspensão ou a manutenção da habilitação, amparado no cumprimento das normas estabelecidas nesta portaria, nos relatórios periódicos de avaliação e na produção anual.

2 NORMAS ESPECÍFICAS PARA HABILITAÇÃO EM "SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL E ENTERAL/PARENTERAL E CENTROS DE REFERÊNCIA EM TERAPIA NUTRICIONAL"

A unidade deve dispor de estrutura física e funcional, materiais e equipamentos e recursos humanos, além de uma equipe multidisciplinar devidamente qualificada e capacitada para a prestação de assistência aos portadores de doenças nutricionais definidos na Resolução de Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária nº 63 de 6 de julho 2000, que aprova o Regulamento Técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Enteral, e no caso de credenciamento e habilitação em enteral/parenteral, estar de acordo com o estabelecido na Portaria SVS/MS nº 272, de 08 de abril de 1998, que aprova o Regulamento Técnico da Nutrição Parenteral.

O coordenador clínico da equipe multidisciplinar de serviços terapia nutricional enteral deve possuir título de especialista em nutrologia, medicina intensiva, pediatria, clínica médica, cirurgia geral e do aparelho digestivo ou gastroenterologia.

No caso do serviço de alta complexidade em terapia nutricional enteral/parenteral o coordenador clínico deve possuir título de especialista em nutrologia, medicina intensiva, pediatria, clínica médica, cirurgia geral e do aparelho digestivo ou gastroenterologia, com formação em terapia nutricional (enteral e parenteral e enteral e parenteral pediátrica) com curso de 360 (trezentos e sessenta) horas em

terapia nutricional ou prova do convênio AMB/Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral e/ou Sociedade Brasileira de Nutrologia para área de atuação em terapia nutricional e atender aos requisitos estabelecidos na Portaria SVS/MS nº 272, de 8 de abril de 1998, ou outra que a venha substituir.

2.1 Recursos Diagnósticos e Terapêuticos:

- a) laboratório de análises clínicas que realize exames no serviço, disponíveis nas 24 (vinte e quatro) horas do dia: bioquímica, hematologia, microbiologia, gasometria, líquidos orgânicos e uroanálise. O laboratório deverá participar de programa de controle de qualidade;
- b) serviço de imagenologia: equipamento de radiologia convencional de 500 mA fixo. O serviço de imagenologia deverá participar de programa de controle de qualidade;
- c) hemoterapia disponível nas 24 (vinte e quatro) horas do dia, por agência transfusional (AT) ou estrutura de complexidade maior, dentro do que rege a Resolução de Diretoria Colegiada da Anvisa nº 151, de 21 de agosto de 2001, publicada no Diário Oficial da União, de 22 de agosto de 2001, ter convênio ou contrato devidamente formalizado de acordo com a mesma resolução.
- d) unidade de tratamento intensivo cadastrada pelo SUS, de acordo com o Título X do Livro II do Anexo III da Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, ou outro que o venha substituir.

2.2 Rotinas e Normas de Funcionamento e Atendimento

A unidade deve possuir rotinas e normas escritas, atualizadas, anualmente, e assinadas pelo responsável técnico pelo serviço. As rotinas e normas devem abordar todos os processos envolvidos na assistência e administração e, contemplar os seguintes itens:

- a) manutenção preventiva e corretiva de materiais e equipamentos;
- b) protocolos médico-cirúrgicos;
- c) protocolos de enfermagem;
- d) protocolos de triagem e avaliação, indicação e acompanhamento nutricional.

ANEXO XXXIII

FORMULÁRIO PARA VISTORIA DO GESTOR

(Origem: Anexo 2 da PRT SAS/MS 120/2009)

(Esse formulário não deve ser modificado e/ou substituído)

UNIDADES DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM TERAPIA NUTRICIONAL

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE(*):

CNES: _____ Fone: () _____

CNPJ:_____

MUNICÍPIO:_____ ESTADO:_____

DIRETOR TÉCNICO: _____

GESTOR: _____

Entrevistados:

Cargo/Função: _____

Cargo/Função: _____

Entrevistadores (delegados):

Função: _____

Função: _____

Função: _____

(*) ANEXAR ORGANOGRAMA DA UNIDADE

1. AMBULATÓRIOS DESTINADOS À TERAPIA NUTRICIONAL (**)
NÚMERO DE ATENDIMENTOS MENSAIS E DE CONSULTÓRIOS
Frequência mensal de Atendimento: _____ consultas
Possibilidade real de Atendimento: _____consultas
Outros ambulatorios afins à terapia nutricional (citar os existentes):
(**)Nota: O preenchimento a esse item é facultativo para unidade e obrigatório para centro de referência. Caso a Unidade não possua ambulatório, anotar "zero".

ESPECIALISTAS	ROTINA (QUANT.)	ALCANÇÁVEL (QUANT.)
Gastroenterologista/Endoscopista		
Nutrologista		
Pediatra		
Farmacêutico		
Cirurgião geral ou digestivo		
Enfermeiro		
Nutricionista		
Assistente Social		

3. COMISSÃO DE ÉTICA
Média de Convocações/ano

4. COMISSÃO DE ÓBITO
Reunião da Comissão (participantes)
() Toda a Comissão
() Parte da Comissão
() Equipe de Saúde envolvida no óbito

5. PRONTUÁRIO MÉDICO
Preenchimento adequado (escolher aleatoriamente 10 prontuários)
() Existência de Comissão de Prontuário
() Avaliação Contínua Prontuário
() Prontuário completo
() Codificação, pelo médico assistente, da CID 10 e do código de procedimento (SSM)
() Ficha Comissão Infecção
() Protocolos de Triagem / Avaliação Nutricional (anexar)
() Protocolos de Indicação Terapia Nutricional (anexar)
() Protocolo de Avaliação de Resultados (anexar)

6. CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	
() Cirurgião	() Clínico
() Enfermeiro	() Infectologista
() Microbiologista	() Pediatra
() Aux. Enfermagem	() Residente
() Patologista Clínico	() Administrador
() Anestesiologista	() Farmacêutico
TIPO DE ATUAÇÃO (Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares)	
COLETA DE DADOS	
() Comunicação Imediata	
() Busca Ativa Hospitalar	
() Busca ativa pós-alta	
APURAÇÃO DE TAXAS:	
() Taxa de Infecção Hospitalar Global	
() Taxa de Infecção Cirúrgica	
() Taxa de Infecção por procedimento	
() Taxa de Infecção comunitária	

AVALIAÇÃO DOS DADOS: () Reunião Periódica com Ata (anexar cópia da última) Periodicidade dos Relatórios: _____
COMUNICAÇÃO: () Dos relatórios às Chefias de Serviço e Direção do Hospital () Dos relatórios aos Gestores (CIH do Município, Estado e Min. Saúde)

7. AVALIAÇÃO ESPECÍFICA: NUTRIÇÃO ENTERAL		
1.Equipe Multiprofissional: Informar os nomes completos e a titulação apresentada		
Nome do Coordenador Clínico (Responsável Técnico):	Título Especialista em: (área de atuação enteral/ parenteral)	
Nome do Coordenador Administrativo:	Qual membro da equipe: (profissional)	
Médico:		
Nutricionista		
Enfermeiro:		
Outro(especificar):		
2. Procedimentos Executáveis		
	Capacidade técnica de execução diária (indicar quantitativo)	Existência de Protocolos (sim ou não)
Procedimentos Alta Complexidade		
Nutrição Enteral Neonatal		
Nutrição Enteral Pediátrica		
Nutrição Enteral Adulto		
Gastrostomia Endoscópica Percutânea		

8. AVALIAÇÃO ESPECÍFICA: NUTRIÇÃO PARENTERAL		
1.Equipe Multiprofissional: Informar os nomes completos e a titulação apresentada		
Nome do Coordenador Clínico (Responsável Técnico):	Título Especialista em: (área de atuação enteral/ parenteral)	
Nome do Coordenador Administrativo:	Qual o membro da equipe: (profissional)	
Médico:		
Nutricionista		
Farmacêutico:		
Enfermeiro:		
Outro (especificar):	Outro (especificar):	
2. Procedimentos Executáveis		
	Capacidade técnica de execução diária (indicar quantitativo)	Existência de Protocolos (sim ou não)
Procedimentos Alta Complexidade		
Nutrição Parenteral Neonatal		
Nutrição Parenteral Pediátrica		
Nutrição Parenteral Adulto		

9- AVALIAÇÃO DO DIRETOR DA UNIDADE / CHEFE DE SERVIÇO
1. CONHECENDO AS CONDIÇÕES TÉCNICAS DA UNIDADE QUE CHEFIO E AS EQUIPES TÉCNICAS QUE NELA PRESTAM ATENDIMENTO NA ÁREA DE TERAPIA NUTRICIONAL ESPECIALIZADA, INFORMO QUE A UNIDADE TEM CONDIÇÕES E DISPONIBILIDADE, DE PRESTAR ATENDIMENTO AO PACIENTE DESNUTRIDO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS, SEGUNDO O PADRÃO ASSINALADO:
A. () - Atendimento por especialista, de acordo com a Equipe Multiprofissional, com capacidade de realizar procedimentos de Alta Complexidade constantes da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, sendo terceirizada a fabricação e/ou manipulação das dietas e formulações da Nutrição Enteral e Parenteral.

B. () - Atendimento por especialista, de acordo com a Equipe Multiprofissional, com capacidade de realizar procedimentos de Alta Complexidade constantes na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, realizando a fabricação e/ou manipulação das dietas e formulações da Nutrição Enteral e Parenteral conforme legislação vigente da Anvisa.

C. () - Atendimento por especialista, de acordo com a Equipe Multiprofissional, com capacidade de realizar procedimentos de Alta Complexidade constantes na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, realizando a fabricação e/ou manipulação de suas Dietas Enterais, conforme legislação vigente da Anvisa, terceirizando a manipulação das formulações Parenterais.

D. () - Atendimento por especialista, de acordo com a Equipe Multiprofissional, com capacidade de realizar procedimentos de Alta Complexidade constantes na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, realizando a manipulação de suas formulações Parenterais, conforme legislação vigente da Anvisa, terceirizando a manipulação de suas Dietas Enterais.

2. DECLARO AUTÊNTICAS AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTE CADASTRO.

Assinatura do Diretor ou Chefe de Serviço
(carimbo-CRM)

10. CONSIDERAÇÕES ESPECÍFICAS (DETALHES A SEREM DESTACADOS E COMPLEMENTAÇÕES - USAR NÚMERO DO ITEM)	
Item	Anotações

CONCLUSÕES DA EQUIPE

Área	Suficiente	Suficiente c/Ressalvas	Insuficiente	Não Solicitada
Nutrição Enteral				
Nutrição Parenteral				

COMENTÁRIOS/ Observações relativas à Unidade:

☐

Nome-----

Assinatura-----

Cargo/ Função-----

Instituição-----

Local-----

Data-----

ANEXO XXXIV

PARÂMETROS PARA COMPOSIÇÃO DE TETO FINANCEIRO EM TERAPIA NUTRICIONAL

(Origem: Anexo 4 da PRT SAS/MS 120/2009)

O percentual de leitos computados para terapia nutricional em uma unidade hospitalar terá a seguinte composição, para a definição do teto financeiro:

- hospitais habilitados como centro de referência em terapia nutricional e em terapia intensiva de neonatologia ou queimados terão percentual de 10% (dez por cento) dos leitos disponibilizados para o Sistema Único de Saúde computados para terapia nutricional e o percentual de 20% (vinte por cento) destes leitos de terapia nutricional computados para terapia parenteral.

- demais hospitais terão o percentual de 5% (cinco por cento) de seus leitos disponibilizados para o Sistema Único de Saúde computados para terapia nutricional e o percentual de 10% (dez por cento) destes leitos de terapia nutricional computados para terapia parenteral.

ANEXO XXXV

NORMAS PARA CADASTRAMENTO DE CENTROS DE REFERÊNCIA EM TRATAMENTO DA DOR CRÔNICA

(Origem: Anexo 1 da PRT SAS/MS 472/2002)

As secretarias de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios devem adotar as providências necessárias para implantar/organizar/habilitar/cadastrar os centros de referência em tratamento da dor crônica no quantitativo máximo estabelecido no Anexo LXXXV da Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017.

Os centros de referência serão responsáveis pela assistência integral e integrada aos pacientes portadores de dor crônica.

1 Cadastramento

1.1 Planejamento/Distribuição de Serviços

As secretarias de saúde dos estados e do Distrito Federal deverão estabelecer um planejamento de distribuição regional dos centros de maneira a integrar a rede assistencial do estado, definindo e constituindo como centros de referência em tratamento da dor crônica, além dos centros de assistência de alta complexidade em oncologia (Cacon) já cadastrados, obedecidos os critérios de cadastramento estabelecidos por a Seção XII do Capítulo I do Título II e os quantitativos definidos por estado, aqueles hospitais que, por suas características técnicas, operacionais e localização geográfica sejam os mais adequados para que se facilite o acesso aos usuários e a cobertura assistencial dos pacientes portadores de dor crônica.

1.2 Processo de Cadastramento

1.2.1 Uma vez concluída a fase de planejamento/ distribuição de serviços, conforme estabelecido no Item 1.1 supra, o processo de cadastramento deverá ser formalizado pela secretaria de saúde do estado, do Distrito Federal ou do município, de acordo com as respectivas condições de gestão e a divisão de responsabilidades.

1.2.2 O Processo de cadastramento deverá ser instruído com:

a - documentação comprobatória do cumprimento das exigências estabelecidas por a Seção XII do Capítulo I do Título II;

b - relatório de vistoria - a vistoria deverá ser realizada in loco pela secretaria de saúde responsável pela formalização do processo de cadastramento que avaliará as condições de funcionamento do serviço para fins de cadastramento: área física, recursos humanos, responsabilidade técnica e demais exigências estabelecidas na Seção XII do Capítulo I do Título II;

c - parecer conclusivo do gestor - manifestação expressa, firmada pelo secretário da saúde, em relação ao cadastramento. No caso de processo formalizado por secretaria municipal de saúde de município, deverá constar, além do parecer do gestor local, o parecer do gestor estadual do SUS, que será responsável pela integração do centro à rede de referência estadual e a definição dos fluxos de referência e contrarreferência dos pacientes.

2 Exigências para Cadastramento de Centros de Referência em Tratamento da Dor Crônica

2.1 Exigências Gerais

O hospital deverá cumprir as seguintes exigências gerais:

a - ser centro de alta complexidade em oncologia de tipo I, II ou III devidamente cadastrado como tal pela Secretaria de Atenção Especializada à Saúde;

b - ser hospital geral, cadastrado pelo Sistema Único de Saúde que tenha instalado e em funcionamento, no mínimo, o seguinte:

- centro cirúrgico;
- farmácia hospitalar;
- serviço de anestesiologia;
- serviço de neurologia;
- serviço de estatística e arquivo médico;
- enfermarias de clínica médica ou pediátrica;
- enfermarias de clínica cirúrgica;

- ambulatório para avaliação e acompanhamento dos pacientes em tratamento da dor crônica.

2.2 Exigências Específicas

Além das exigências gerais, os centros de referência deverão cumprir com as seguintes exigências específicas:

2.2.1 Instalações Físicas

O hospital deve se enquadrar nos critérios e normas estabelecidos pela legislação em vigor ou outros ditames legais que venham a substituí-la ou complementá-la, a saber:

a - RDC Anvisa nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, Elaboração e Avaliação de projetos Físicos de Estabelecimentos de Assistência à Saúde.

2.2.2 Ambulatório Especializado em Tratamento da Dor

O centro deve possuir um ambulatório especializado em tratamento da dor com atendimento por equipe multiprofissional e interdisciplinar. A existência deste ambulatório deverá ser informada no processo de cadastramento do centro de referência.

2.2.3 Recursos Humanos

O centro deve contar com equipe interdisciplinar e multiprofissional de assistência ao portador de dor crônica, devidamente capacitada para esta modalidade de atenção. Entende-se por equipe multiprofissional e interdisciplinar a combinação de profissionais (de diferentes profissões e/ou especialistas de uma mesma profissão) que trabalham em um mesmo local com uma finalidade comum, atuando de maneira interdependente, isto é, interagindo formal e informalmente. Eles podem realizar avaliações isoladas, mas as informações destas são trocadas sistematicamente, isto é, trabalham de maneira combinada, tanto no planejamento como na implementação de cuidados ao paciente.

O Centro deverá contar com:

a - responsável técnico - o centro deve ter um responsável técnico pelo ambulatório especializado em tratamento da dor, que pode ser um médico clínico geral, pediatra, fisiatra, reumatologista, oncologista, anestesiológico, neurologista ou neurocirurgião, com seu respectivo título de especialização registrado no Conselho Federal de Medicina;

b - especialidades médicas: clínico geral, pediatra, anestesiológico, psiquiatra, neurocirurgião e/ou neurologista;

c - profissionais de enfermagem - o centro deve dispor de enfermeiro e auxiliar/técnico de enfermagem destinado(s) especificamente para o ambulatório de tratamento da dor;

d - outros profissionais: o centro deve dispor de equipe multiprofissional composta por, no mínimo: farmacêutico, fisioterapeuta, psicólogo e assistente social.

2.2.4 Materiais e Equipamentos

O centro deve possuir todos os materiais/equipamentos necessários, em perfeito estado de conservação e funcionamento, para assegurar a qualidade da assistência aos portadores de dor crônica, que possibilitem o diagnóstico, tratamento/acompanhamento médico de enfermagem e fisioterápico.

2.2.5 Recursos Diagnósticos e Terapêuticos

Os centros de referência deverão contar com recursos diagnósticos de análise clínicas, de imagem e traçados. Assim, são requeridos, no mínimo, os seguintes recursos:

- laboratório de análise clínicas: onde se realizem exames de bioquímica, hematologia, microbiologia, gasometria e líquidos orgânicos, inclusive liquor;

- unidade de imagenologia: RX, ultrassonografia;

- anatomia patológica: onde se realizem exames nas áreas de citologia e histologia. A unidade de anatomia patológica deve participar de programa de avaliação de qualidade;

- atendimento de intercorrência(s): o hospital deve contar com serviço de médicos e enfermeiros plantonistas nas 24 (vinte e quatro) horas do dia para atendimento das intercorrências.

2.2.6 Rotinas de Funcionamento e Atendimento

O centro de referência deve possuir rotinas de funcionamento e atendimento escritas, atualizadas a cada 4 (quatro) anos e assinadas pelo responsável técnico pelo centro. As rotinas devem abordar todos os processos envolvidos na assistência, que contemplem desde os aspectos organizacionais até os operacionais e técnicos, incluindo a avaliação dos pacientes portadores de dor crônica, classificação da dor, critérios de tratamento e acompanhamento. No que diz respeito ao uso de opiáceos no tratamento da dor crônica deve ser observado o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica, publicado pelo Ministério da Saúde.

As rotinas devem conter, no mínimo, os seguintes itens:

a - critérios de avaliação dos pacientes e de indicação do tratamento analgésico - classificação da dor moderada/intensa ou muito/intensa e sua respectiva inclusão em um dos degraus da Escala Analgésica para os quais a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o uso de opiáceo;

b - critérios de prescrição de opiáceos;

c - fluxos de atendimento dos pacientes;

d - fluxos de solicitação, recebimento, dispensação e devolução de opiáceos e seu controle;

e - procedimentos médicos e de enfermagem.

2.2.7 Registro de Pacientes

O centro deve cadastrar os pacientes em tratamento da dor crônica com uso de opiáceos. Este cadastro deverá ser aberto no próprio centro sendo que, desta forma, os pacientes passarão a participar do Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos, do Sistema Único de Saúde, instituído pela Portaria GM/ MS nº 19, de 3 de janeiro de 2002. Devem constar do cadastro, no mínimo, as seguintes informações:

a - identificação do paciente;

b - endereço e telefone;

c - nome de parente ou responsável, com endereço e telefone;

d - diagnóstico da doença básica e indicação do tratamento analgésico;

e - avaliação e classificação da dor - fraca, moderada ou intensa/muito intensa e sua respectiva inclusão em um dos degraus da Escala Analgésica para os quais a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o uso de opiáceos;

f - identificação do médico responsável pelo atendimento e prescrição;

g - controle da dispensação de opiáceos - previsão de necessidade mensal, quantidades fornecidas por mês (especificar o número de comprimidos, frascos, ampolas entregues e em que dosagem) e informação quanto ao retorno das unidades eventualmente não utilizadas;

h - avaliação sumária da evolução do paciente e da resposta analgésica, utilizando-se escala numérica ou visual analógica.

2.2.8 Dispensação de Opiáceos

O centro de referência que for unidade dispensadora de opiáceos deverá observar o estabelecido no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica, publicado pelo Ministério da Saúde e, ainda, o estabelecido na Resolução de Diretoria Colegiada da Anvisa nº 202, de 18 de julho de 2002, e na Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998.

2.3 - Manutenção do Cadastramento

A manutenção do cadastramento estará vinculada ao:

a - cumprimento, pelo centro, das normas estabelecidas na Seção XII do Capítulo I do Título II;

b - cumprimento do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica, publicado pelo Ministério da Saúde e, ainda, o estabelecido na Resolução de Diretoria Colegiada da Anvisa nº 202, de 18 de julho de 2002, e na Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998;

c - avaliação de funcionamento do serviço por meio da realização de vistorias periódicas pela respectiva secretaria de saúde sob cuja gestão esteja o centro de referência e pela Vigilância Sanitária (estadual).

ANEXO XXXVI

RELAÇÃO DE PROCEDIMENTOS PARA EMISSÃO DE MAIS DE UMA APAC-I/FORMULÁRIO PARA O MESMO PACIENTE NA MESMA COMPETÊNCIA

(Origem: Anexo VIII da POC SE/MS,SAS/MS 47/2001)

CÓDIGO	PROCEDIMENTO
19.083.02-5	Leco para Tratamento parcial ou completo de litíase em uma região renal
19.083.04-1	Leco para Tratamento Subsequente de Litíase em uma região renal
04.09.01.017-0	Instalação Endoscópica de Cateter Duplo J

ANEXO XXXVII

RELAÇÃO DE PROCEDIMENTOS QUE PODERÃO SER AUTORIZADOS NUMA MESMA COMPETÊNCIA OBSERVANDO-SE O INTERVALO PARA OS TRATAMENTOS SUBSEQUENTES

(Origem: Anexo IX da POC SE/MS,SAS/MS 47/2001)

CÓDIGO	PROCEDIMENTO
19.083.03-3	Leco para tratamento parcial ou completo de Litíase em duas regiões renais
19.083.05-0	O Leco para tratamento subsequente de litíase em duas regiões renais
04.09.01.017-0	Instalação Endoscópica de Cateter Duplo J

ANEXO XXXVIII

ATESTADO E RELATÓRIO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL PARA A IDENTIFICAÇÃO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE", A SER UTILIZADO PARA A CONCESSÃO DO PASSE LIVRE.

(Origem: Anexo 1 da PRT SAS/MS 502/2009)

(redação dada pela PRT SAES/MS 835/2021)

MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Atenção Especializada à Saúde CONCESSÃO DE PASSE LIVRE INTERESTADUAL Lei nº 8.899, de 29/06/1994 e Decreto nº 3.691, de 19/12/2000.	
ATESTADO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS Requerente: Local do Exame: Data: / /	
Atestamos, para a finalidade de concessão de gratuidade nos serviços de transporte interestadual coletivo de passageiros, que o requerente acima qualificado, que se identificou, possui a deficiência e a incapacidade permanente abaixo assinalada, nos termos das definições transcritas (artigo 4º do Decreto 3.298, de 20 de dezembro de 1999, alterado pelo artigo 70 do Decreto 5.296, de 2 de dezembro de 2004).	
<u>Observação</u> : A deficiência e a incapacidade permanente devem ser atestadas por equipe responsável pela área correspondente à deficiência, anexando-se os respectivos exames complementares. OBRIGATÓRIO APRESENTAR NO VERSO RELATÓRIO MÉDICO COM HISTÓRICO DA DEFICIÊNCIA.	
Tipo de Deficiência	CID 10 Obrigatório indicar conforme definição
DEFICIÊNCIA FÍSICA - alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física , apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, estomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, <u>exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções</u> .	
DEFICIÊNCIA AUDITIVA - perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz, e 3.000Hz;	

FREQUÊNCIAS:	500Hz	1.000Hz	2.000Hz	3.000Hz	
Ouvido Direito:	=.....dB	=.....dB	=..... dB	=..... dB	
Ouvido Esquerdo:	=.....dB	=.....dB	=..... dB	=..... dB	
DEFICIÊNCIA VISUAL - cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 <u>no melhor olho, com a melhor correção óptica</u> ; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor de 60°; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.					
DEFICIÊNCIA VISUAL	Olho Direito		Olho Esquerdo		
Acuidade Visual:					
Campo Visual:	°		°		
DEFICIÊNCIA INTELECTUAL/MENTAL - funcionamento intelectual significativamente inferior à média, <u>com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas</u> , tais como: a) comunicação, b) cuidado pessoal, c) habilidades sociais, d) utilização dos recursos da comunidade, e) saúde e segurança, f) habilidades acadêmicas, g) lazer, e h) trabalho. a b c d e f g h					
DEFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA					
Assinatura:		Assinatura:			
OBRIGATORIO ASSINATURA DE DOIS PROFISSIONAIS SENDO UM MÉDICO					
Carimbo e Registro Profissional		Carimbo e Registro no CRM			

DISTRIBUIÇÃO GRATUITA - Venda proibida

VERSO

MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Atenção Especializada à Saúde	
CONCESSÃO DE PASSE LIVRE INTERESTADUAL Lei nº 8.899, de 29/06/1994 e Decreto nº 3.691, de 19/12/2000. RELATÓRIO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS	
Requerente: Local do Exame: Data: / / Apresentamos para a finalidade de concessão de gratuidade nos serviços de transporte interestadual coletivo de passageiros, relatório médico e histórico da deficiência e da incapacidade permanente do requerente acima qualificado.	
<u>Observação</u> : O RELATÓRIO DEVERÁ CARACTERIZAR A INCAPACIDADE PERMANENTE LEVANDO EM CONTA AS DEFINIÇÕES E INFORMAR O HISTÓRICO DA DEFICIÊNCIA.	
Relatório Médico e Histórico da Deficiência	
Assinatura:	Assinatura:
OBRIGATÓRIA ASSINATURA DE DOIS PROFISSIONAIS SENDO UM MÉDICO	
Carimbo e Registro Profissional	Carimbo e Registro no CRM

DISTRIBUIÇÃO GRATUITA - Venda proibida

ANEXO XXXIX

LISTA DE HABILITAÇÕES NO SCNES CUJO REGISTRO FOI DESCENTRALIZADO PARA OS GESTORES ESTADUAIS, DISTRITAL E MUNICIPAIS DE SAÚDE

(Origem: Anexo 1 da PRT SAS/MS 629/2006)

Código	Descrição
09.01	Cuidados prolongados - Enfermidades Cardiovasculares
09.02	Cuidados prolongados - Enfermidades Pneumológicas
09.03	Cuidados prolongados - Enfermidades Neurológicas
09.04	Cuidados prolongados - Enfermidades do tecido Osteomuscular/Conjuntivo
09.05	Cuidados prolongados - Enfermidades Oncológicas
09.06	Cuidados prolongados - Enfermidades da Aids

09.07	Cuidados prolongados - Enfermidades devido a Causas externas
13.01	Internação Domiciliar
19.01	Laqueadura
19.02	Vasectomia
28.01	Cuidados Intermediários Neonatais
29.01	Vídeocirurgias

ANEXO XL

LISTA DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE QUE DISPÕEM DE CONTRATO DE GESTÃO/METAS A SEREM IDENTIFICADOS NO SCNES POR GESTORES ESTADUAIS, DISTRITAL E MUNICIPAIS

(Origem: Anexo 2 da PRT SAS/MS 629/2006)

Código	Descrição
70.00	Tabela de Contrato de Gestão/Metas
70.01	Hospital de Ensino com Contrato de Gestão/Metas
70.02	Hospital de Pequeno Porte com Contrato de Gestão/ Metas
70.03	Hospital Filantrópico com Contrato de Gestão/ Metas
70.04	Hospital de Ensino com Contrato de Gestão/Metas-MEC

ANEXO XLI

LISTA DE CÓDIGOS PARA IDENTIFICAR NO SCNES OS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE QUE DISPÕEM DE INCENTIVOS E/OU DAS MODALIDADES CONTRATUAIS COM A NÃO GERAÇÃO DE CRÉDITO POR PRODUÇÃO AMBULATORIAL E OU HOSPITALAR

(Origem: Anexo 3 da PRT SAS/MS 629/2006)

Código	Descrição
71.00	Tabela de não geração de crédito por produção na internação e/ou ambulatório
71.01	Estabelecimento de saúde sem geração de crédito na média complexidade ambulatorial
71.02	Estabelecimento de saúde sem geração de crédito na média complexidade hospitalar
71.03	Estabelecimento de saúde sem geração de crédito na alta complexidade ambulatorial
71.04	Estabelecimento de saúde sem geração de crédito na alta complexidade hospitalar
71.05	Estabelecimento de saúde sem geração de crédito para os procedimentos financiados com o Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
71.06	Estabelecimento de saúde sem geração de crédito total

ANEXO XLII

COMPOSIÇÃO MÍNIMA DE PROFISSIONAIS PARA O SERVIÇO ESPECIALIZADO REGULAÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

(Origem: Anexo 1 da PRT SAS/MS 1268/2013)

CÓD	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	CÓD	DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO	GRUPO	EQUIPE MÍNIMA	
					CBO	DESCRIÇÃO
104	REGULAÇÃO DO ACESSO À AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE	001	REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	1	2251* ou 2252* ou 2253*	MÉDICOS CLÍNICOS (família) ou MÉDICOS EM ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS (família) ou MÉDICOS EM MEDICINA DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA (família)
		003	CENTRAL DE REGULAÇÃO DAS URGÊNCIAS	1	2251*	MÉDICOS CLÍNICOS (família)
					4222-05	TELEFONISTA
					4222-20	OPERADOR DE RADIOCHAMADA

		006	REGULAÇÃO ESTADUAL DE ALTA COMPLEXIDADE	1	2251* ou 2252* ou 2253*	MÉDICOS CLÍNICOS (família) ou MÉDICOS EM ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS (família) ou MÉDICOS EM MEDICINA DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA (família)
		007	REGULAÇÃO NACIONAL DE ALTA COMPLEXIDADE	1	2251* ou 2252* ou 2253*	MÉDICOS CLÍNICOS (família) ou MÉDICOS EM ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS (família) ou MÉDICOS EM MEDICINA DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA (família)
		008	REGULAÇÃO AMBULATORIAL DE MÉDIA COMPLEXIDADE	1	2251* ou 2252* ou 2253*	MÉDICOS CLÍNICOS (família) ou MÉDICOS EM ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS (família) ou MÉDICOS EM MEDICINA DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA (família)
		009	REGULAÇÃO AMBULATORIAL DE ALTA COMPLEXIDADE	1	2251* ou 2252* ou 2253*	MÉDICOS CLÍNICOS (família) ou MÉDICOS EM ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS (família) ou MÉDICOS EM MEDICINA DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA (família)

* Família de CBO onde pode ser informado qualquer um dos profissionais da família.

ANEXO XLIII

CLASSIFICAÇÕES DO SERVIÇO DE REABILITAÇÃO (CÓDIGO 135) NA TABELA DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DO SCNES

(Origem: Anexo 1 da PRT SAS/MS 971/2012)

CÓD	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	CÓD	DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO	GRUPO	EQUIPE MÍNIMA	
SERVIÇO		CLASS			CBO	DESCRIÇÃO
135	SERVIÇO DE REABILITAÇÃO	001	REABILITAÇÃO VISUAL	1	2252-65	MÉDICO OFTALMOLOGISTA
					2236-05	FISIOTERAPEUTA
					2239-05	TERAPEUTA OCUPACIONAL
					2515-10	PSICÓLOGO
		002	REABILITAÇÃO INTELECTUAL	1	2251-12	MÉDICO NEUROLOGISTA
					2238-10	FONOAUDIÓLOGO
					2236-05	FISIOTERAPEUTA
					2239-05	TERAPEUTA OCUPACIONAL
					2515-10	PSICÓLOGO
		003	REABILITAÇÃO FÍSICA	1	2252-70	MÉDICO ORTOPEDISTA
					2236-05	TERAPEUTA OCUPACIONAL
					2238-10	FONOAUDIÓLOGO
					2515-10	PSICÓLOGO
					2235-05	ENFERMEIRO
				2	2251-60	MÉDICO FISATRA

					2236-05	FISIOTERAPEUTA
					2239-05	TERAPEUTA OCUPACIONAL
					2238-10	FONOAUDIÓLOGO
					2515-10	PSICÓLOGO
					2235-05	ENFERMEIRO
				3	2251-12	MÉDICO NEUROLOGISTA
					2236-05	FISIOTERAPEUTA
					2239-05	TERAPEUTA OCUPACIONAL
					2238-10	FONOAUDIÓLOGO
					2515-10	PSICÓLOGO
					2235-05	ENFERMEIRO
		005	REABILITAÇÃO AUDITIVA	1	2252-75	MÉDICO OTORRINO
						LARINGOLOGISTA
					2238-10	FONOAUDIÓLOGO
					2515-10	PSICÓLOGO
				2	2252-75	MÉDICO FONIATRA
					2238-10	FONOAUDIÓLOGO
					2515-10	PSICÓLOGO
		006	ASSISTÊNCIA VENTILATÓRIA	1	2252-70	MÉDICO ORTOPEDISTA
					2236-05	FISIOTERAPEUTA
					2239-05	TERAPEUTA OCUPACIONAL
					2238-10	FONOAUDIÓLOGO
					2515-10	PSICÓLOGO
					2235-05	ENFERMEIRO
				2	2251-60	MÉDICO FISATRA
					2236-05	FISIOTERAPEUTA
					2239-05	TERAPEUTA OCUPACIONAL
					2238-10	FONOAUDIÓLOGO
					2515-10	PSICÓLOGO
					2235-05	ENFERMEIRO
				3	2251-12	MÉDICO NEUROLOGISTA
					2236-05	FISIOTERAPEUTA

					2239-05	TERAPEUTA OCUPACIONAL
					2238-10	FONOAUDIÓLOGO
					2515-10	PSICÓLOGO
					2235-05	ENFERMEIRO
		007	OFICINA ORTOPÉDICA FIXA	1	3225-05	TÉCNICO DE ÓRTESE E PRÓTESE
					2236-05	FISIOTERAPEUTA
					2239-05	TERAPEUTA OCUPACIONAL
		008	OFICINA ORTOPÉDICA INTINERANTE TERRESTRE	1	3225-05	TÉCNICO DE ÓRTESE E PRÓTESE
					2236-05	FISIOTERAPEUTA
				2	3225-05	TÉCNICO DE ÓRTESE E PRÓTESE
					2239-05	TERAPEUTA OCUPACIONAL
		009	OFICINA ORTOPÉDICA INTINERANTE FLUVIAL	1	3225-05	TÉCNICO DE ÓRTESE E PRÓTESE
					2236-05	FISIOTERAPEUTA
				2	3225-05	TÉCNICO DE ÓRTESE E PRÓTESE
					2239-05	TERAPEUTA OCUPACIONAL

ANEXO XLIV

COMPOSIÇÃO DE PROFISSIONAIS MÍNIMA PARA O SERVIÇO ESPECIALIZADO 164 SERVIÇO DE ÓRTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS EM REABILITAÇÃO

(Origem: Anexo 2 da PRT SAS/MS 971/2012)

(redação dada pela PRT SAS/MS 722/2013)

CÓD SERV	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	CÓD CLAS	DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO	GRUPO	EQUIPE MÍNIMA	
					CBO	DESCRIÇÃO
164	SERVIÇO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS EM REABILITAÇÃO	001	DISPENSACÃO DE OPM AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO	1	-	SEM DEFINIÇÃO
		002	MANUNTEÇÃO E ADAPTAÇÃO DE OPM AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO	1	2252-70	MÉDICO ORTOPEDISTA
					2236-05	FISIOTERAPEUTA
					2239-05	TERAPEUTA OCUPACIONAL
				2	2251-60	MÉDICO FISIATRA
					2236-05	FISIOTERAPEUTA
					2239-05	TERAPEUTA OCUPACIONAL
				3	2251-12	MÉDICO NEUROLOGISTA

					2236-05	FISIOTERAPEUTA
					2239-05	TERAPEUTA OCUPACIONAL
		003	DISPENSAÇÃO DE OPM ORTOPÉDICA	1	-	SEM DEFINIÇÃO
		004	MANUTENÇÃO E ADAPTAÇÃO DE OPM ORTOPÉDICA	1	2252-70	MÉDICO ORTOPEDISTA
					2236-05	FISIOTERAPEUTA
					2239-05	TERAPEUTA OCUPACIONAL
				2	2251-60	MÉDICO FISIATRA
					2236-05	FISIOTERAPEUTA
					2239-05	TERAPEUTA OCUPACIONAL
				3	2251-12	MÉDICO NEUROLOGISTA
					2236-05	FISIOTERAPEUTA
					2239-05	TERAPEUTA OCUPACIONAL
		005	DISPENSAÇÃO DE OPM AUDITIVA	1	-	SEM DEFINIÇÃO
		006	MANUNTEÇÃO E ADAPTAÇÃO DE OPM AUDITIVA	1	2252-75	MÉDICO OTORRINOLARINGOLOGISTA
					2238-10	FONOAUDIÓLOGO
				2	2252-45	MÉDICO FONIATRA
					2238-10	FONOAUDIÓLOGO
		007	DISPENSAÇÃO DE OPM OFTALMOLÓGICA	1	-	SEM DEFINIÇÃO
		008	ADAPTAÇÃO DE OPM OFTALMOLÓGICA	1	-	SEM DEFINIÇÃO
		009	SUBSTITUIÇÃO/ TROCA DE OPM	1	-	SEM DEFINIÇÃO
		010	DISPENSAÇÃO DE OPM EM GASTROENTEROLOGIA	1	-	SEM DEFINIÇÃO
		011	DISPENSAÇÃO DE OPM EM UROLOGIA	1	-	SEM DEFINIÇÃO

ANEXO XLV

INCLUSÃO DE PROCEDIMENTOS NA TABELA DE PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS, ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS DO SUS

(Origem: Anexo 3 da PRT SAS/MS 971/2012)

Procedimento:	07.01.01.018-5 ADAPTAÇÃO DE OPM AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO
Descrição:	Realização adaptação da cadeira de rodas e cadeira de banho para a condição funcional do usuário.
Origem:	
Complexidade:	MC-Média Complexidade
Modalidade:	01-Ambulatorial
Instrumento de Registro:	02-BPA (Individualizado)

Tipo de Financiamento:	O6 - Média e Alta Complexidade - MAC
Valor Ambulatorial SA:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial Total:	R\$ 0,00
Valor Hospitalar SP:	R\$ 0,00
Valor Hospitalar SH:	R\$ 0,00
Valor Hospitalar Total:	R\$ 0,00
Atributo Complementar:	037-Exige CNPJ do Fornecedor
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 mês(es)
Idade Máxima:	110 anos
Quantidade Máxima:	2
Media Permanência:	
Pontos:	
Especialidade do Leito:	
CBO:	2252-70, 2251-60, 2251-12, 2236-05, 2239-05
CID:	A17, A30, A303, A305, A309, A46, A85, A523, A803, A812, A818, A819, A86, A87, A888, B23, B900, B91, B92, B941, C402, C403, C409, C41, C412, C700, C701, C709, C71, C72, C765, C80, E104, E114, E124, E134, E144, E760, E761, E762, E763, E768, E769, E84,
	F01, F03, F710, F82, F840, F841, F842, F843, F844, F845, F848, F849, G039, G04, G041, G09, G10, G11, G110, G111, G112, G113, G114, G118, G119, G12, G120, G121, G122, G128, G129, G130, G131, G132, G138, G20, G210, G211, G212, G213, G218, G219,
	G24, G25, G300, G301, G308, G310, G311, G3112, G318, G319, G32, G35, G379, G40, G403, G409, G379, G579, G589, G600, G601, G602, G603, G608, G609, G610, G629, G700, G710, G711, G712, G713, G718, G719, G720, G721, G722, G723, G724, G728, G729,
	G800, G801, G802, G803, G804, G808, G809, G810, G811, G819, G820, G821, G822, G823, G824, G825, G831, G833, G834, G838, G839, G910, G930, G931, G932, G933, G934, G935, G936, G937, G938, G939, G950, G951, G952, G958, G959, G96, G961, G968,
	G969, G97, G98, G998, I500, I61, I62, I64, I67, I671, I679, I690, I691, I692, I693, I694, I698, I729, L89, L97, M069, M089, M09, M10, M139, M15, M16, M17, M199, M217, M219, M32, M41, M45, M510, M541, M60, M61, M62, M63, M65, M66, M67, M68,
	M70, M71, M86, M910, M930, N180, P910, Q02, Q039, Q042, Q043, Q049, Q050, Q051, Q052, Q053, Q054, Q055, Q056, Q057, Q058, Q059, Q06, Q65, Q668, Q682, Q683, Q684, Q685, Q70, Q730, Q731, Q738, Q740, Q741, Q742, Q743, Q748, Q749, Q76,
	Q780, Q781, Q782, Q783, Q784, Q785, Q786, Q788, Q789, Q870, Q871, Q872, Q873, Q874, Q875, Q878, Q999, R26, R260, R261, R268, S06, S067, S068, S069, S141, S241, S32, S340, S341, S342, S343, S344, S345, S346, S348, S383, S399, S720, S73, S74, S76, S77,
	S780, S781, S789, S79, S82, S83, S84, S86, S87, S880, S881, S889, S89, S92, S93, S94, S96, S97, S981, S982, S983, S984, S99, T08, T093, T12, T13, T24, T25, T659, T871, T873, T903, T905, T913, T93, T940, T953, T959, Z894, Z895, Z896, Z897, Z898, Z899.
Serviço / Classificação:	164/002 - Manutenção e adaptação de OPM auxiliares de locomoção (Serviço de órteses, próteses e materiais especiais em reabilitação)
Procedimento:	07.01.01.019-3 MANUTENÇÃO DE OPM AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO
Descrição:	Realização de manutenção ou reparo de peças de bengala, cadeira de rodas, cadeira de banho, muleta e andador.
Origem:	
Complexidade:	MC-Média Complexidade
Modalidade:	01-Ambulatorial
Instrumento de Registro:	02-BPA (Individualizado)
Tipo de Financiamento:	O6 - Média e Alta Complexidade - MAC

Valor Ambulatorial SA:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial Total:	R\$ 0,00
Valor Hospitalar SP:	R\$ 0,00
Valor Hospitalar SH:	R\$ 0,00
Valor Hospitalar Total:	R\$ 0,00
Atributo Complementar:	037-Exige CNPJ do Fornecedor
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 mês(es)
Idade Máxima:	110 anos
Quantidade Máxima:	2
Media Permanência:	
Pontos:	
Especialidade do Leito:	
CBO:	2252-70, 2251-60, 2251-12, 2236-05, 2239-05
CID:	A17, A30, A303, A305, A309, A46, A85, A523, A803, A812, A818, A819, A86, A87, A888, B23, B900, B91, B92, B941, C402, C403, C409, C41, C412, C700, C701, C709, C71, C72, C765, C80, E104, E114, E124, E134, E144, E760, E761, E762, E763, E768, E769, E84,
	F01, F03, F710, F82, F840, F841, F842, F843, F844, F845, F848, F849, G039, G04, G041, G09, G10, G11, G110, G111, G112, G113, G114, G118, G119, G12, G120, G121, G122, G128, G129, G130, G131, G132, G138, G20, G210, G211, G212, G213, G218, G219,
	G24, G25, G300, G301, G308, G310, G311, G3112, G318, G319, G32, G35, G379, G40, G403, G409, G379, G579, G589, G600, G601, G602, G603, G608, G609, G610, G629, G700, G710, G711, G712, G713, G718, G719, G720, G721, G722, G723, G724, G728, G729,
	G800, G801, G802, G803, G804, G808, G809, G810, G811, G819, G820, G821, G822, G823, G824, G825, G831, G833, G834, G838, G839, G910, G930, G931, G932, G933, G934, G935, G936, G937, G938, G939, G950, G951, G952, G958, G959, G96, G961, G968,
	G969, G97, G98, G998, I500, I61, I62, I64, I67, I671, I679, I690, I691, I692, I693, I694, I698, I729, L89, L97, M069, M089, M09, M10, M139, M15, M16, M17, M199, M217, M219, M32, M41, M45, M510, M541, M60, M61, M62, M63, M65, M66, M67, M68,
	M70, M71, M86, M910, M930, N180, P910, Q02, Q039, Q042, Q043, Q049, Q050, Q051, Q052, Q053, Q054, Q055, Q056, Q057, Q058, Q059, Q06, Q65, Q668, Q682, Q683, Q684, Q685, Q70,
	Q730, Q731, Q738, Q740, Q741, Q742, Q743, Q748, Q749, Q76, Q780, Q781, Q782, Q783, Q784, Q785, Q786, Q788, Q789, Q870, Q871, Q872, Q873, Q874, Q875, Q878, Q999, R26, R260, R261, R268, S06, S067, S068, S069, S141, S241, S32, S340, S341, S342,
	S343, S344, S345, S346, S348, S383, S399, S720, S73, S74, S76, S77, S780, S781, S789, S79, S82, S83, S84, S86, S87, S880, S881, S889, S89, S92, S93, S94, S96, S97, S981, S982, S983, S984, S99, T08,T093, T12, T13, T24, T25, T659, T871, T873, T903, T905, T913, T93, T940, T953, T959, Z894, Z895, Z896, Z897, Z898, Z899.
Serviço / Classificação:	164/002 - Manutenção e adaptação de OPM auxiliares de locomoção (Serviço de órteses, próteses e materiais especiais em reabilitação)
Procedimento:	07.01.02.057-1 ADAPTAÇÃO DE OPM ORTOPÉDICA
Descrição:	Realização de reparo ou ajustes para adequação funcional da órtese e prótese de membros inferiores, superiores e tronco para a condição atual do usuário.
Origem:	
Complexidade:	MC-Média Complexidade
Modalidade:	01-Ambulatorial
Instrumento de Registro	02-BPA (Individualizado)
Tipo de Financiamento:	06 - Média e Alta Complexidade - MAC
Valor Ambulatorial SA:	R\$ 0,00

Valor Ambulatorial Total:	R\$ 0,00
Valor Hospitalar SP:	R\$ 0,00
Valor Hospitalar SH:	R\$ 0,00
Valor Hospitalar Total:	R\$ 0,00
Atributo Complementar:	037-Exige CNPJ do Fornecedor
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 mês(es)
Idade Máxima:	110 anos
Quantidade Máxima:	2
Media Permanência:	
Pontos:	
Especialidade do Leito:	
CBO:	2252-70, 2251-60, 2251-12, 2236-05, 2239-05
CID:	A17, A30, A303, A305, A309, A46, A85, A523, A803, A812, A818, A819, A86, A87, A888, B23, B900, B91, B92, B941, C402, C403, C409, C41, C412, C700, C701, C709, C71, C72, C765, C80, E104, E114, E124, E134, E144, E760, E761, E762, E763, E768, E769, E84,
	F01, F03, F710, F82, F840, F841, F842, F843, F844, F845, F848, F849, G039, G04, G041, G09, G10, G11, G110, G111, G112, G113, G114, G118, G119, G12, G120, G121, G122, G128, G129, G130, G131, G132, G138, G20, G210, G211, G212, G213, G218, G219,
	G24, G25, G300, G301, G308, G310, G311, G3112, G318, G319, G32, G35, G379, G40, G403, G409, G379, G564, G579, G589, G600, G601, G602, G603, G608, G609, G610, G629, G700, G710, G711, G712, G713, G718, G719, G720, G721, G722, G723, G724, G728,

	G729, G800, G801, G802, G803, G804, G808, G809, G810, G811, G819, G820, G821, G822, G823, G824, G825, G831, G833, G834, G838, G839, G910, G930, G931, G932, G933, G934, G935, G936, G937, G938, G939, G950, G951, G952, G958, G959, G96, G961,
	G968, G969, G97, G98, G998, I500, I61, I62, I64, I67, I671, I679, I690, I691, I692, I693, I694, I698, I729, L89, L97, M069, M089, M09, M10, M139, M15, M16, M17, M199, M217, M219, M32, M41, M45, M510, M541, M60, M61, M62, M63, M65, M66, M67,
	M68, M70, M71, M86, M910, M930, N180, P910, Q02, Q039, Q042, Q043, Q049, Q050, Q051, Q052, Q053, Q054, Q055, Q056, Q057, Q058, Q059, Q06, Q65, Q668, Q682, Q683, Q684, Q685, Q70, Q730, Q731, Q738, Q740, Q741, Q742, Q743, Q748, Q749,
	Q76, Q780, Q781, Q782, Q783, Q784, Q785, Q786, Q788, Q789, Q870, Q871, Q872, Q873, Q874, Q875, Q878, Q999, R26, R260, R261, R268, S06, S067, S068, S069, S141, S241, S32, S340, S341,
	S342, S343, S344, S345, S346, S348, S383, S399, S589, S684, S688, S689, S720, S73, S74, S76, S77, S780, S781, S789, S79, S82, S83, S84, S86, S87, S880, S881, S889, S89, S92, S93, S94, S96, S97, S981, S982, S983, S984, S99, T022, T08, T093, T10, T111, T112, T113,
	T115, T118, T119, T12, T13, T22, T220, T221, T222, T223, T24, T25, T50, T51, T659, T871, T873, T901, T905, T908, T909, T911, T913, T920, T921, T922, T923, T924, T925, T926, T928, T929, T93, T940, T952, T953, T959, Y835, Z894, Z895, Z896, Z897, Z898, Z899.
Serviço / Classificação:	164/004 - Manutenção e adaptação de OPM ortopédica (Serviço de órteses, próteses e materiais especiais em reabilitação)
Procedimento:	07.01.02.058-O MANUTENÇÃO DE OPM ORTOPÉDICA
Descrição:	Realização de substituição ou reparo de forração, velcro ou peça de órtese e prótese de membros inferiores, superiores e tronco.
Origem:	
Complexidade:	MC-Média Complexidade
Modalidade:	01-Ambulatorial
Instrumento de Registro	02-BPA (Individualizado)
Tipo de Financiamento:	06 - Média e Alta Complexidade - MAC

Valor Ambulatorial SA:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial Total:	R\$ 0,00
Valor Hospitalar SP:	R\$ 0,00
Valor Hospitalar SH:	R\$ 0,00
Valor Hospitalar Total:	R\$ 0,00
Atributo Complementar:	037-Exige CNPJ do Fornecedor
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 mês(es)
Idade Máxima:	110 anos
Quantidade Máxima:	2
Media Permanência:	
Pontos:	
Especialidade do Leito:	
CBO:	2252-70, 2251-60, 2251-12, 2236-05, 2239-05
CID:	A17, A30, A303, A305, A309, A46, A85, A523, A803, A812, A818, A819, A86, A87, A888, B23, B900, B91, B92, B941, C402, C403, C409, C41, C412, C700, C701, C709, C71, C72, C765, C80, E104, E114, E124, E134, E144, E760, E761, E762, E763, E768, E769, E84,
	F01, F03, F710, F82, F840, F841, F842, F843, F844, F845, F848, F849, G039, G04, G041, G09, G10, G11, G110, G111, G112, G113, G114, G118, G119, G12, G120, G121, G122, G128, G129, G130, G131, G132, G138, G20, G210, G211, G212, G213, G218, G219,
	G24, G25, G300, G301, G308, G310, G311, G3112, G318, G319, G32, G35, G379, G40, G403, G409, G379, G564, G579, G589, G600, G601, G602, G603, G608, G609, G610, G629, G700, G710, G711, G712, G713, G718, G719, G720, G721, G722, G723, G724, G728,
	G729, G800, G801, G802, G803, G804, G808, G809, G810, G811, G819, G820, G821, G822, G823, G824, G825, G831, G833, G834, G838, G839, G910, G930, G931, G932, G933, G934, G935, G936,
	G937, G938, G939, G950, G951, G952, G958, G959, G96, G961, G968, G969, G97, G98, G998, I500, I61, I62, I64, I67, I671, I679, I690, I691, I692, I693, I694, I698, I729, L89, L97, M069, M089, M09, M10, M139, M15, M16, M17, M199, M217, M219, M32,
	M41, M45, M510, M541, M60, M61, M62, M63, M65, M66, M67, M68, M70, M71, M86, M910, M930, N180, P910, Q02, Q039, Q042, Q043, Q049, Q050, Q051, Q052, Q053, Q054, Q055, Q056, Q057, Q058, Q059, Q06, Q65, Q668, Q682, Q683, Q684, Q685,
	Q70, Q730, Q731, Q738, Q740, Q741, Q742, Q743, Q748, Q749, Q76, Q780, Q781, Q782, Q783, Q784, Q785, Q786, Q788, Q789, Q870, Q871, Q872, Q873, Q874, Q875, Q878, Q999, R26, R260, R261, R268, S06, S067, S068, S069, S141, S241, S32, S340, S341,
	S342, S343, S344, S345, S346, S348, S383, S399, S589, S684, S688, S689, S720, S73, S74, S76, S77, S780, S781, S789, S79, S82, S83, S84, S86, S87, S880, S881, S889, S89, S92, S93, S94, S96, S97, S981, S982, S983, S984, S99, T022, T08, T093, T10, T111, T112, T113,
	T115, T118, T119, T12, T13, T22, T220, T221, T222, T223, T24, T25, T50, T51, T659, T871, T873, T901, T905, T908, T909, T911, T913, T920, T921, T922, T923, T924, T925, T926, T928, T929, T93, T940, T952, T953, T959, Y835, Z894, Z895, Z896, Z897, Z898, Z899.
Serviço / Classificação:	164/004 - Manutenção e adaptação de OPM ortopédica (Serviço de órteses, próteses e materiais especiais em reabilitação)
Procedimento:	07.01.03.030-5 MANUTENÇÃO DE OPM AUDITIVA
Descrição:	Reposição de peças danificadas do aparelho auditivo sonoro individual (AASI).
Origem:	
Complexidade:	MC-Média Complexidade
Modalidade:	01-Ambulatorial
Instrumento de Registro:	02-BPA (Individualizado)
Tipo de Financiamento:	06 - Média e Alta Complexidade - MAC

Valor Ambulatorial SA:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial Total:	R\$ 0,00
Valor Hospitalar SP:	R\$ 0,00
Valor Hospitalar SH:	R\$ 0,00
Valor Hospitalar Total:	R\$ 0,00
Atributo Complementar:	037-Exige CNPJ do Fornecedor
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 mês(es)
Idade Máxima:	110 anos
Quantidade Máxima:	2
Media Permanência:	
Pontos:	
Especialidade do Leito:	
CBO:	2252-75, 2238-10
CID:	H833, H900, H901, H902, H903, H904, H905, H906, H907, H908, H910, H911, H912, H913, H918, H919, H932
Serviço / Classificação:	164/006 - Manutenção e adaptação de OPM auditiva (Serviço de órteses, próteses e materiais especiais em reabilitação)
Procedimento:	07.01.04.014-9 ADAPTAÇÃO DE OPM OFTALMOLOGICA
Descrição:	Processo clínico de orientação e acompanhamento para uso funcional da órtese e prótese oftalmológica.
Origem:	
Complexidade:	MC-Média Complexidade
Modalidade:	01-Ambulatorial
Instrumento de Registro:	02-BPA (Individualizado)
Tipo de Financiamento:	06 - Média e Alta Complexidade - MAC
Valor Ambulatorial SA:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial Total:	R\$ 0,00
Valor Hospitalar SP:	R\$ 0,00
Valor Hospitalar SH:	R\$ 0,00

Valor Hospitalar Total:	R\$ 0,00
Atributo Complementar:	037-Exige CNPJ do Fornecedor
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 mês(es)
Idade Máxima:	110 anos
Quantidade Máxima:	2
Media Permanência:	
Pontos:	
Especialidade do Leito:	

CBO:	2252-65, 2236-05, 2239-05
CID:	H540, H541, H542, H543, H544,H545,H546, H547, H520, H521, H522, H524, H525, H526, H527, H541, H542, H543, H545, H546, H547.
Serviço / Classificação:	164/008 - Manutenção e adaptação de OPM Oftalmológica (Serviço de órteses, próteses e materiais especiais em reabilitação)
Procedimento:	07.01.04.015-7 MANUTENÇÃO DE OPM OFTALMOLOGICA
Descrição:	Realização de troca por quebra ou desgaste de peças da órtese e prótese oftalmológica.
Origem:	
Complexidade:	MC-Média Complexidade
Modalidade:	01-Ambulatorial
Instrumento de Registro:	02-BPA (Individualizado)
Tipo de Financiamento:	06 - Média e Alta Complexidade - MAC
Valor Ambulatorial SA:	R\$ 0,00
Valor Ambulatorial Total:	R\$ 0,00
Valor Hospitalar SP:	R\$ 0,00
Valor Hospitalar SH:	R\$ 0,00
Valor Hospitalar Total:	R\$ 0,00
Atributo Complementar:	07-Exige CNPJ do Fornecedor
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 mês(es)
Idade Máxima:	110 anos
Quantidade Máxima:	2
Media Permanência:	
Pontos:	
Especialidade do Leito:	
CBO:	2252-65, 2236-05, 2239-05
CID:	H540, H541, H542, H543, H544,H545,H546, H547, H520, H521, H522, H524, H525, H526, H527, H541, H542, H543, H545, H546, H547.
Serviço / Classificação:	164/008 - Manutenção e adaptação de OPM Oftalmológica (Serviço de órteses, próteses e materiais especiais em reabilitação)

ANEXO XLVI

ATUALIZAÇÃO DA TABELA DE HABILITAÇÃO DO SCNES

(Origem: Anexo A da PRT SAS/MS 492/2013)

CÓD	DESCRIÇÃO	CENTRALIZADA/DESCENTRALIZADA
22.01	CENTRO DE REABILITAÇÃO EM MEDICINA FÍSICA	CENTRALIZADA
22.02	CENTRO DE REABILITAÇÃO FÍSICA - NIVEL INTERMEDIÁRIO	CENTRALIZADA
22.03	CENTRO DE REABILITAÇÃO VISUAL	CENTRALIZADA
22.04	CENTRO DE REABILITAÇÃO AUDITIVA NA MÉDIA COMPLEXIDADE	CENTRALIZADA
22.05	CENTRO DE REABILITAÇÃO AUDITIVA NA ALTA COMPLEXIDADE	CENTRALIZADA
22.06	CENTRO DE REABILITAÇÃO INTELECTUAL	CENTRALIZADA
22.07	CENTRO DE REABILITAÇÃO DOS TRANSTORNOS DO ESPECTRO DO AUTISMO	CENTRALIZADA
22.08	CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO (CER) - MODALIDADE FISICA	CENTRALIZADA

22.09	CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO (CER) - MODALIDADE INTELECTUAL	CENTRALIZADA
22.10	CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO (CER) - MODALIDADE AUDITIVA	CENTRALIZADA
22.11	CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO (CER) - MODALIDADE VISUAL	CENTRALIZADA

ANEXO XLVII

COMPOSIÇÃO MÍNIMA DO SERVIÇO ESPECIALIZADO 135 SERVIÇO DE REABILITAÇÃO

(Origem: Anexo 1 da PRT SAS/MS 492/2013)

CÓD SERV	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	CÓD	DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO	GRUPO	EQUIPE MÍNIMA	
					CBO	DESCRIÇÃO
135	SERVIÇO DE REABILITAÇÃO	1	REABILITAÇÃO VISUAL	1	2252-65	MÉDICO OFTALMOLOGISTA
					2239-05	TERAPEUTA OCUPACIONAL
					2252-65	MÉDICO OFTALMOLOGISTA
				2	2236-05 ou 2239-05	FISIOTERAPEUTA GERAL ou TERAPEUTA OCUPACIONAL
					2515-10	PSICÓLOGO
					2251-33 ou 2251-12	MÉDICO PSIQUIATRA ou MÉDICO NEUROLOGISTA
		2	REABILITAÇÃO INTELECTUAL	1	2239-05	TERAPEUTA OCUPACIONAL
					2515-10	PSICÓLOGO CLÍNICO
					2251-33 ou 2251-12	MÉDICO PSIQUIATRA ou MÉDICO NEUROLOGISTA
				2	2238-10	FONOAUDIÓLOGO
					2239-05	TERAPEUTA OCUPACIONAL
					2515-10	PSICÓLOGO
		3	REABILITAÇÃO FÍSICA	1	2251-60 ou 2252-70 ou 2251-12 ou 2251-36	MÉDICO FISIATRA ou MÉDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA ou MÉDICO NEUROLOGISTA ou MÉDICO REUMATOLOGISTA
					2236-05	FISIOTERAPEUTA GERAL
					2238-10 ou 2239-05	FONOAUDIÓLOGO GERAL ou TERAPEUTA OCUPACIONAL
				2	2251-60 ou 2252-70 ou 2251-12 ou 2251-36	MÉDICO FISIATRA ou MÉDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA ou MÉDICO NEUROLOGISTA ou MÉDICO REUMATOLOGISTA

					2236-05	FISIOTERAPEUTA GERAL
					2235-05	ENFERMEIRO
					2239-05	TERAPEUTA OCUPACIONAL
					2238-10	FONOAUDIÓLOGO
					2215-10	PSICÓLOGO
		4	REABILITAÇÃO VISUAL / MENTAL/ MÚLTIPLAS DEFICIÊNCIAS	1	2251-25 ou 2251-60 ou 2253-50 ou 2251-	MÉDICO CLÍNICO ou MÉDICO FISIATRA ou MÉDICO NEUROLOGISTA ou MÉDICO NEUROFISIOLOGISTA ou MÉDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA ou MÉDICO OTORRINOLARINGOLOGISTA ou MEDICO PEDIATRA ou MÉDICO PSIQUIATRA
					12 ou 2252-70 ou 2252-75 ou 2251-24 ou 2251-33	
					2238-10	FONOAUDIÓLOGO GERAL
					2515-10	PSICÓLOGO CLÍNICO
		5	REABILITAÇÃO AUDITIVA	1	2252-75	MÉDICO OTORRINOLARINGOLOGISTA
					2238-10	FONOAUDIÓLOGO GERAL
					2515-10	PSICÓLOGO CLÍNICO
				2	2251-12	MÉDICO NEUROLOGISTA
					2252-75	MÉDICO OTORRINOLARINGOLOGISTA
					2251-24	MÉDICO PEDIATRA
					2238-10	FONOAUDIÓLOGO
					2515-10	PSICÓLOGO
		7	OFICINA ORTOPÉDICA FIXA	1	3225-05	TÉCNICO DE ORTOPEDIA
					2236-06	FISIOTERAPEUTA GERAL
					2239-05	TERAPEUTA OCUPACIONAL
		8	OFICINA ORTOPÉDICA ITINERANTE TERRESTRE	1	3225-05	TÉCNICO DE ORTOPEDIA
					2236-05 ou 2239-05	FISIOTERAPEUTA GERAL ou TERAPEUTA OCUPACIONAL
		9	OFICINA ORTOPÉDICA ITINERANTE FLUVIAL	1	3225-05	TÉCNICO DE ORTOPEDIA

					2236-05 ou 2239-05	FISIOTERAPEUTA GERAL ou TERAPEUTA OCUPACIONAL
		10	ATENÇÃO FONOAUDIOLÓGICA	1	2238-10	FONOAUDIÓLOGO GERAL
		11	ATENÇÃO FISIOTÉRAPEUTICA	1	2236-05	FISIOTERAPEUTA GERAL
		12	ATENÇÃO A SAÚDE DAS PESSOAS ESTOMIZADAS I	1	2251-25	MÉDICO CLINICO
					2235-05	ENFERMEIRO
		13	ATENCAO A SAÚDE DAS PESSOAS ESTOMIZADAS II	1	2251-25 ou 2252-25 ou 2252-80 ou 2252-85 ou 2251-	MÉDICO CLÍNICO ou MÉDICO CIRURGIÃO GERAL ou MÉDICO COLOPROCTOLOGISTA ou MÉDICO UROLOGISTA ou MÉDICO GASTROENTEROLOGISTA ou MÉDICO CIRURGIÃO DE CABEÇA E PESCOÇO ou MÉDICO CIRURGIÃO TORÁCICO ou MÉDICO CIRURGIÃO PEDIÁTRICO ou MÉDICO CANCEROLOGISTA CIRÚRGICO
					85 ou 2252-15 ou 2252-40 ou 2252-30 ou 2252-90	
					2235-10	ENFERMEIRO
					2237-10	NUTRICIONISTA
					2215-10	PSICÓLOGO CLÍNICO

ANEXO XLVIII

FAIXA NUMÉRICA DE AIH PARA CIRURGIAS ELETIVAS

(Origem: Anexo 3 da PRT SAS/MS 567/2005)

UF	Quantidade	Nº inicial da Faixa	Nº final da Faixa
AC	1.380	12.06.5.0.000.001-x	12.06.5.0.001.380-x
AL	16.106	27.06.5.0.000.001-x	27.06.5.0.016.106-x
AP	1.226	16.06.5.0.000.001-x	16.06.5.0.001.226-x
AM	7.344	13.06.5.0.000.001-x	13.06.5.0.007.344-x
BA	68.546	29.06.5.0.000.001-x	29.06.5.0.068.546-x
CE	27.503	23.06.5.0.000.001-x	23.06.5.0.027.503-x
DF	4.490	53.06.5.0.000.001-x	53.06.5.0.004.490-x
ES	15.770	32.06.5.0.000.001-x	32.06.5.0.015.770-x
GO	20.712	52.06.5.0.000.001-x	52.06.5.0.020.712-x
MA	20.002	21.06.5.0.000.001-x	21.06.5.0.020.002-x
MS	7.578	50.06.5.0.000.001-x	50.06.5.0.007.578-x
MT	8.976	51.06.5.0.000.001-x	51.06.5.0.008.976-x
MG	64.792	31.06.5.0.000.001-x	31.06.5.0.064.792-x
PA	22.976	15.06.5.0.000.001-x	15.06.5.0.022.976-x
PB	12.580	25.06.5.0.000.001-x	25.06.5.0.012.580-x
PR	30.038	41.06.5.0.000.001-x	41.06.5.0.030.038-x
PE	32.518	26.06.5.0.000.001-x	26.06.5.0.032.518-x
PI	14.378	22.06.5.0.000.001-x	22.06.5.0.014.378-x

RJ	40.672	33.06.5.0.000.001-x	33.06.5.0.040.672-x
RN	12.130	24.06.5.0.000.001-x	24.06.5.0.012.130-x
RS	35.650	43.06.5.0.000.001-x	43.06.5.0.035.650-x
RO	3.558	11.06.5.0.000.001 - x	11.06.5.0.003.558 - x
RR	682	14.06.5.0.000.001-x	14.06.5.0.000.682-x
SC	18.996	42.06.5.0.000.001-x	42.06.5.0.018.996-x
SP	94.156	35.06.5.0.000.001-x	35.06.5.0.094.156-x
SE	7.760	28.06.5.0.00.001-x	28.06.5.0.007.760-x
TO	3.286	17.06.5.0.000.001-x	17.06.5.0.003.286-x

ANEXO XLIX

FICHA DA PROGRAMAÇÃO FÍSICO-ORÇAMENTÁRIA - FPO

(Origem: Anexo 1 da PRT SAS/MS 496/2006)

SUS

Sistema Único de Saúde

Ministério da Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS - SIA/SUS

Ficha da Programação Físico-orçamentária - FPO

Folha nº

1 - Dados Operacionais

UF

CNES

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

2 - Dados de Controle

Nível de Hierarquia

MÊS/ANO REFERÊNCIA

OPERAÇÃO

IncluiAlteraExclui

PROGRAMAÇÃO

PABMACFAEC*

DATA DO PREENCHIMENTO (OBRIGATÓRIO)

DIA

MÊS

ANO

3 - Dados da Programação

Linha	Código (Grupo; Subgrupo; Nível Organização; Proc.)	META FÍSICA	VALOR UNIT / VALOR MÉDIO	VALOR TOTAL	Nível de Apuração			
					GR	SG	NO	PRO
01								
02								
03								
04								
05								
06								
07								
08								
09								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
Total								

Formalização

GESTOR MUNICIPAL

CARIMBO

RUBRICA

DATA / /

GESTOR ESTADUAL

CARIMBO

RUBRICA

DATA / /

* Para preenchimento da FPO com procedimento(s) custeado(s) pelo FAEC, fazer em ficha separada.

ANEXO L

INSTRUÇÕES PARA GERAÇÃO DO ARQUIVO CONTENDO A PROGRAMAÇÃO FÍSICO-ORÇAMENTARIA DE CADA ESTABELECIMENTO

(Origem: Anexo 2 da PRT SAS/MS 496/2006)

I OBJETIVO

Detalhar a estrutura do arquivo para alimentação do Banco de Dados do Sistema FPO Magnético.

<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-de-consolidacao-n-1-de-22-de-fevereiro-de-2022-389846459>

286/309

II CONSIDERAÇÕES GERAIS

A) Nome do arquivo:

O arquivo gerado pelo sistema de captação de orçamento para ser importado pelo sistema FPO Magnético do Ministério da Saúde deverá ter nome a ser escolhido/definido pelo usuário. Não há limite de tamanho e deverá ser formado exclusivamente por letras e/ou número. A extensão terá tamanho de 3 (três) posições e deverá ter conteúdo fixo "FPO", ou seja:

XXXXXXXX.FPO, onde:

XXXXXXXX = nome escolhido pelo usuário contendo letras e/ou números.

FPO = Fixo

Ex: 355030.FPO - Significa Dados de FPO de São Paulo;

SAOPAULO.FPO - Significa Dados de FPO de São Paulo;

FPO DE SAO PAULO.FPO - Significa Dados de FPO de São Paulo;

B) Layout do arquivo de FPO

SEQ	NOME	TAM	INICIO	FIM	TIPO	DESCRIÇÃO
01	Fpo-CMP	006	001	006	CHAR	Competência formato AAAAMM, onde: AAAA - ano com 4 dígitos MM - mês com dois dígitos
02	Fpo-cnes	007	007	013	CHAR	Cód. do Estabelecimento com dígito verificador
03	fpo-pa	007	014	020	CHAR	Cód. do Procedimento ou do agregado
04	Fpo-tpfin	001	021	021	CHAR	Cód. Do tipo de financiamento, sendo: "1" - Procedimento PAB "2" - Procedimento MAC "3" - Procedimento Faec
05	Fpo-napu	001	022	022	CHAR	Cód. Do nível de Apuração da Produção do procedimento, sendo: "1" - Apuração por Grupo
						"2" - Apuração por Sub-Grupo "3" - Apuração por Forma de Organização "4" - Apuração por Procedimento
06	Fpo-qt-o	006	023	028	NUM	Quantidade Orçada (sem pontos ou vírgula)
07	Fpo-vu-o	015	029	043	NUM	Valor Unitário do procedimento ou Valor médio do agregado com duas casas decimais sem pontos ou vírgula
08	Fpo-vl-o	015	044	058	NUM	Valor Total Orçado do procedimento ou do agregado com duas casas decimais sem pontos ou vírgula

ANEXO LI

TABELA DE CORRESPONDÊNCIA DE ESTÁDIOS DE TUMORES MALIGNOS

(Origem: Anexo 3 da PRT SAES/MS 470/2021)

CÓDIGO	ESTÁDIO	CORRESPONDÊNCIA
0	O	Carcinoma "In Situ"
1	I	Invasão Local Inicial
2	II	Tumor Primário Limitado ou Invasão Linfática Regional Mínima
3	III	Tumor Local Extenso ou Invasão Linfática Regional Extensa ou Metástase(s) à Distância (*)
4	IV	Tumor Localmente Avançado (**) ou Presença de Metástase(s) à Distância

(*) Exemplo: Tumor maligno de testículo. (**) Exemplo: Tumor maligno da cabeça e pescoço.

ANEXO LII

REGRAS APLICADAS À AUTORIZAÇÃO E MONITORAMENTO DA QUIMIOTERAPIA DA LEUCEMIA MIELOIDE CRÔNICA

(Origem: Anexo 4 da PRT SAES/MS 470/2021)

Código	Descrição
030403011-2	Quimioterapia da Leucemia Mieloide Crônica em Fase Crônica-1ª linha
030403022-8	Quimioterapia da Leucemia Mieloide Crônica em Fase Crônica-2ª linha
030403012-0	Quimioterapia da Leucemia Mieloide Crônica em Fase Crônica-3ª linha
030403015-5	Quimioterapia da Leucemia Mieloide Crônica em Fase de Transformação-1ª linha
030403014-7	Quimioterapia da Leucemia Mieloide Crônica em Fase de Transformação-2ª linha
030403013-9	Quimioterapia da Leucemia Mieloide Crônica em Fase de Transformação-3ª linha
030403009-0	Quimioterapia da Leucemia Mieloide Crônica em Fase Blástica-1ª linha
030403008-2	Quimioterapia da Leucemia Mieloide Crônica em Fase Blástica-2ª linha
030403010-4	Quimioterapia da Leucemia Mieloide Crônica em Fase Blástica-3ª linha

ANEXO LIII

MÓDULO INFORMAÇÕES SOBRE PROCEDIMENTOS DE ESTERILIZAÇÃO - LAQUEADURA

(Origem: Anexo 1 da PRT SAS/MS 85/1999)

a) Códigos: 35.100.03-6, 35.100.05-2, 35.100.07-9, 35.100.09-5, 34.104.02.0, 31.109.03-9 e 31.005.09-8.

b) Número de filhos: Quantidade com 2 posições

e) Grau de Instrução:

analfabeto 1

Primeiro grau 2

Segundo grau 3

Terceiro grau 4

d) Gestante de alto risco:

não 0

sim 1

e) Métodos Contraceptivos Reversíveis Utilizados Anteriormente: (códigos entre parênteses)

LAM (01) (amamentação)

Ogino Knaus (02)

Temperatura Basal (03)

Billings (04)

Sinto-térmico (05)

DIU (06)

Diafragma (07)

Preservativo (08)

Espermicida (09)

Hormônio Oral (10)

Hormônio Injetável (11)

Coito interrompido (12)

f) CID da indicação para realização da laqueadura: 142, O90.3, O26, O23.0, O23.1, O23.5, O22.0 a O22.5, O22.9, O98.0 a O98.9, P99.0, O99.2 a O99.7, O10.0 a O10.4, O10.9, O11, O12.1, O13, O14.0, O14.1, O14.9, O15.0, O15.1, O15.2, O24.0 a O24.4, O00.0 a O008.8, O26.2, O96, O36.0 a O36.8, O43, O44, O45, O46, O71.

ANEXO LIV

MODULO INFORMAÇÕES SOBRE PROCEDIMENTOS DE ESTERILIZAÇÃO - VASECTOMIA

(Origem: Anexo 2 da PRT SAS/MS 85/1999)

Códigos SIH/SUS

a) Número de filhos: Quantidade com 2 posições

b) Grau de Instrução

Grau de Instrução	Códigos
Analfabeto	1
Primeiro Grau	2
Segundo Grau	3
Terceiro Grau	4

c) Métodos Contraceptivos Reversíveis Utilizados Anteriormente: (códigos entre parênteses)

Preservativo (08)

Espermicida (09)

Coito interrompido (12)

ANEXO LV

TABELA DE DOENÇAS E AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO A SEREM BLOQUEADOS NO SIH-SUS

(Origem: Anexo 1 da POC SAS/MS,SVS/MS 20/2005)

NOME DA DOENÇA OU AGRAVO	CÓDIGO - CID
Carbúnculo pulmonar	A22.1
Febre amarela urbana	A95.1
Peste pneumônica	A20.2
Poliomielite Aguda	A80
Poliomielite paralítica aguda, vírus selvagem indígena	A80.2
Poliomielites paralíticas agudas, outras e as não especificadas	A80.3
Poliomielite aguda não paralítica	A80.4
Poliomielite aguda não especificada	A80.9
Síndrome Respiratória Aguda Grave	U04.9
Tularemia	A21
Tularemia ulceroglandular	A21.0
Tularemia oculoglandular	A21.1
Tularemia pulmonar	A21.2
Tularemia gastrointestinal	A21.3
Tularemia generalizada	A21.7
Outras formas de tularemia	A21.8
Tularemia, forma não especificada	A21.9
Varíola	B03

ANEXO LVI

TABELA DE DOENÇAS E AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO A SEREM LISTADOS NO SIH-SUS

(Origem: Anexo 2 da POC SAS/MS,SVS/MS 20/2005)

NOME DA DOENÇA OU AGRAVO	CÓDIGO - CID
Botulismo	A05.1
Carbúnculo	A22
Carbúnculo cutâneo	A22.0
Carbúnculo gastrointestinal	A22.2
Septicemia carbunculosa	A22.7

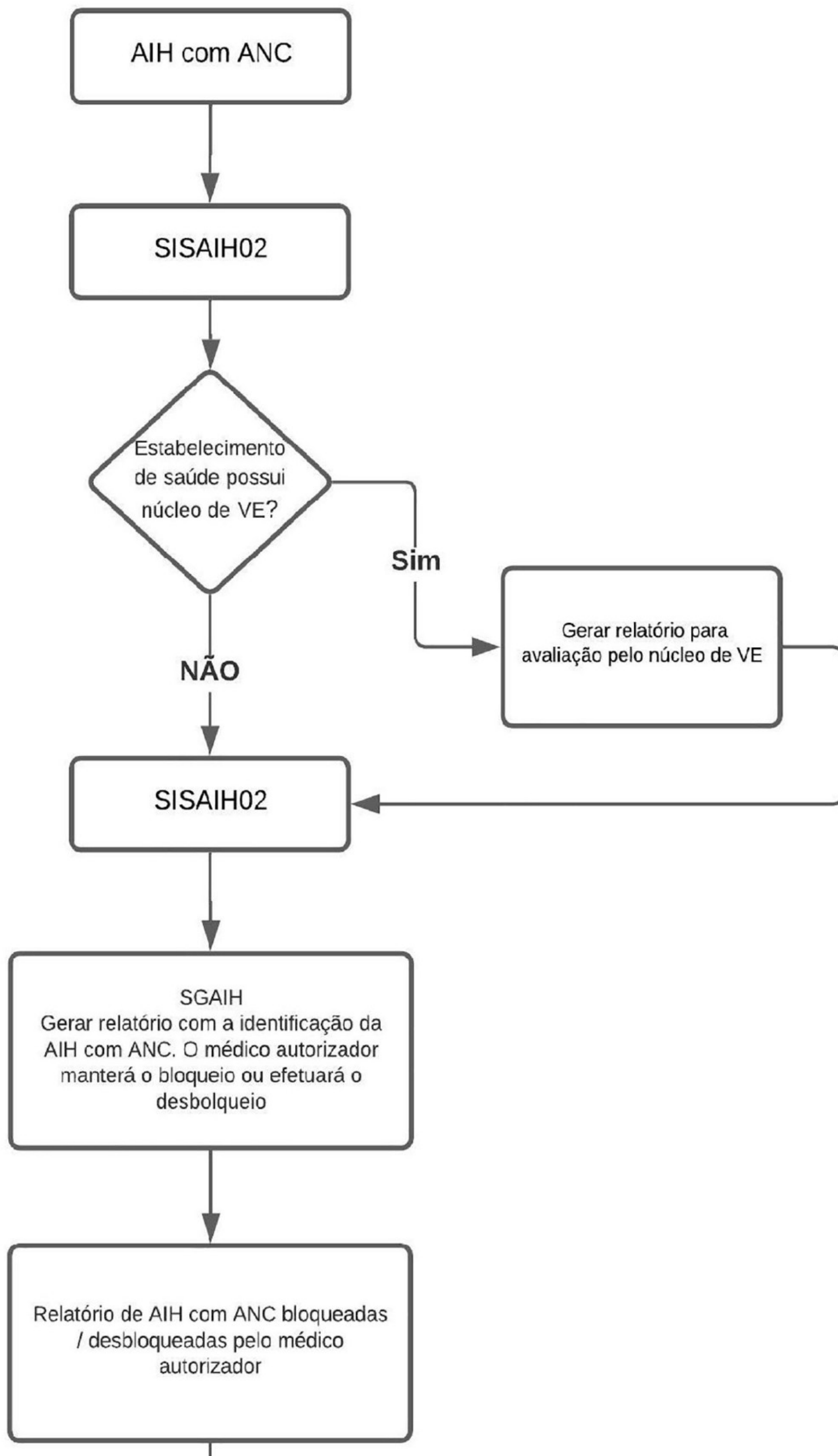
Outras formas de carbúnculo	A22.8
Carbúnculo, forma não especificada	A22.9
Cólera	A00
Cólera devida ao Vibrio cholerae 01 biotipo cholerae	A00.0
Cólera devida a Vibrio cholerae 01 biótipo El tor	A00.1
Cólera não especificada	A00.9
Coqueluche	A37
Dengue	A90
Febre hemorrágica devida ao vírus do Dengue	A91
Difteria	A36
Doenças pelo vírus da imunodeficiência humana HIV não especificada- AIDS	B24
Febre Amarela	A95
Febre amarela silvestre	A95.0
Febre amarela não especificada	A95.9
Febre do Nilo	A.92.3
Encefalite por vírus transmitida por mosquitos	A83
Encefalite japonesa	A83.0
Encefalite equüina ocidental	A83.1
Encefalite equina oriental	A83.2
Encefalite de St. Louis	A83.3
Encefalite australiana	A83.4
Encefalite da Califórnia	A83.5
Encefalite Doença pelo vírus de Rocio	A83.6
Encefalite outras encefalites por vírus transmitidas por mosquitos	A83.8
Encefalite não especificada por vírus transmitido por mosquito	A83.9
Febre Maculosa	A77
Febre Tifóide	A01.0
Outras infecções por salmonella	A02
Outras febres hemorrágicas especificadas por vírus	A98.8
Hepatite Aguda B	B16
Outras hepatites virais	B17
Hepatite Aguda C	B17.1
Leishmaniose cutânea	B55.1
Leishmaniose cutâneo-mucosa	B55.2
Leishmaniose. não especificada	B55.9
Leishmaniose Visceral	B55.0
Leptospirose	A27
Malária não especificada Malária (completar)	B54
Meningite bacteriana não classificada em outra parte	G00
Meningite por Haemophilus	G00.0
Meningite pneumocócica	G00.1
Meningite estreptocócica	G00.2
Meningite estafilocócica	G00.3
Outras meningites bacterianas	G00.8
Meningites bacterianas não especificadas	G00.9
Outros tipos de Tétano	A35
Tétano Neonatal	A33
Peste	A20
Peste bubônica	A20.0
Peste célula-cutânea	A20.1
Peste meníngea	A20.3

Peste septicêmica	A20.7
Outras formas de peste	A20.8
Peste não especificada	A20.9
Poliomielite paralítica aguda associada ao vírus vacinal	A80.0
Poliomielite paralítica aguda, vírus selvagem importado	A80.1
Raiva	A82
Raiva silvestre	A82.0
Raiva urbana	A82.1
Raiva não especificada	A82.9
Rubéola	B06
Sarampo	B05
Sarampo complicado por encefalite	B05.0
Sarampo complicado por meningite	B05.1
Sarampo complicado por pneumonia	B05.2
Sarampo complicado por otite média	B05.3
Sarampo com complicações intestinais	B05.4
Sarampo com outras complicações	B05.8
Sarampo sem complicações	B05.9
Sífilis Congênita	A50
Síndrome da Rubéola Congênita	P35.0
Síndrome Respiratória Aguda Grave	U04.9
Tuberculose	A16.9
Doença de Marburg	A98.3
Doença pelo vírus ebola	A98.4
Mormo e melioidose	A24
Encefalite espongiforme - Doença de Kreutzfeldt-Jacob	A81.0
Febre Lassa	A96.2
Blastomicose	B40
Brucelose	A23
Criptosporidiose	A07.2
Diarréia causada por ciclospora	A107.8
Difilobotriose	B70
Histoplasmose	B39
Hidatidose	B67
Legionelose	A48.1 A48.2
Doença de Lyme	A69.2
Oncocercose	B73
Paracoccidioidomicose	B41

ANEXO LVII

FLUXO NO SIH DAS AIH COM ANC

(Origem: Anexo 3 da POC SAS/MS,SVS/MS 20/2005)



ANEXO LVIII

ATRIBUTOS GERAIS DOS PROCEDIMENTOS QUE COMPÕEM A TABELA DE PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS E OPM DO SUS

VE da SMS/SES
(Origem: Anexo I da PRT SAS/MS 436/2010)

CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS AO ATRIBUTOS GERAIS REFERÊNCIA

PROCEDIMENTO Código SVS/MS Estrutura da tabela

DEFINIÇÕES

CÓDIGO: É o identificador numérico com 10 (dez) dígitos, constituído a partir da estrutura da tabela de procedimentos (grupo, subgrupo e forma de organização). Obedece ao seguinte formato: GG.SS.FF.PPP.D, onde:

GG: Grupo a que pertence o procedimento;

SS: Subgrupo do procedimento no grupo onde está inserido o procedimento;
FF: Forma de Organização do procedimento no Subgrupo onde está inserido o procedimento;
PPP: O número de ordem sequencial do procedimento inserido na Forma de Organização a qual pertence;
D: Dígito verificador- valida o código do procedimento (calculado pelo Módulo 11).

É a denominação do procedimento.

É a definição ou o detalhamento do procedimento quanto às suas características e orientações de uso.

Portaria é o ato normativo que institui/altera/exclui os procedimentos na tabela SUS. Vigência - identifica a competência/mês de validade inicial e final do procedimento.

Identifica os códigos que originam novos procedimentos da tabela SIGTAP.
Origem SIA e SIH - procedimentos que deram origem aos procedimentos da Tabela Unificada, instituída em janeiro/2008.
Origem SIGTAP - códigos de procedimentos de 10 dígitos que originam novos procedimentos na tabela do SIGTAP.

Especifica o regime de atendimento onde o procedimento pode ser realizado.

	Nome		É a denominação do procedimento.
	Descrição		É a definição ou o detalhamento do procedimento quanto às suas características e orientações de uso.
	Portaria/Vigência	Órgão, Data e Número da Portaria Vigência Inicial Vigência Final.	Portaria é o ato normativo que institui/altera/exclui os procedimentos na tabela SUS. Vigência - identifica a competência/mês de validade inicial e final do procedimento.
	Código de Origem	Tabela SIA e SIH e SIGTAP	Identifica os códigos que originam novos procedimentos da tabela SIGTAP. Origem SIA e SIH - procedimentos que deram origem aos procedimentos da Tabela Unificada, instituída em janeiro/2008. Origem SIGTAP - códigos de procedimentos de 10 dígitos que originam novos procedimentos na tabela do SIGTAP.
	Modalidade de Atendimento	Ambulatorial, Internação Hospitalar, Hospital Dia, Assistência Domiciliar e Internação Domiciliar	Especifica o regime de atendimento onde o procedimento pode ser realizado.

	Complexidade	Atenção Básica; Média, Alta Complexidade; Não se aplica.	Identifica o nível de atenção à saúde no qual é possível a realização do procedimento. Em cada nível estão ações e serviços cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico, organizadas em redes regionalizadas, com base nos dados epidemiológicos, métodos e técnicas, exigência de alta tecnologia e/ou alto custo, para atender aos problemas e agravos de saúde da população
	Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)	Tabela de Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho e Emprego (CBO), de acordo com legislação vigente, utilizada pelos Sistemas de Informação SCNES, SIA, SIH, SIAB.	Corresponde aos códigos da classificação das ocupações do mercado de trabalho, especificando os profissionais de saúde, que poderão realizar o procedimento.
	Instrumento de Registro	BPA (Consolidado), BPA (Individualizado), AIH (Proc. Principal), AIH (Proc. Especial), AIH (Proc. Secundário), APAC (Proc. Principal), APAC (Proc. Secundário)	Identifica o instrumento de captação de dados dos atendimentos: Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPA-C) é o instrumento que permite o registro do procedimento de forma agregada, e que dispensa o processo de autorização;
			Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I) é o instrumento que permite o registro do procedimento de forma individualizada, com identificação do usuário, bem como sua procedência, idade, sexo, CID. A exigência de autorização dos procedimentos com registro em BPA-I, fica a critério do gestor.
			Autorização de Procedimento Ambulatorial - APAC (proc. principal) - instrumento que permite o registro do procedimento de forma individualizada, que necessita de autorização prévia, e que gera a emissão de APAC. A APAC é utilizada para tratamento contínuo e/ou que tenham a associação de procedimentos principais e secundários e os que integram políticas específicas do Ministério da Saúde.
			Autorização de Procedimento Ambulatorial - APAC (proc. secundário) - instrumento de registro de procedimento que não necessita de autorização prévia e que sua inserção na APAC depende do procedimento principal, com o qual deve ser compatível. Autorização de Internação Hospitalar - AIH (proc. principal) - instrumento que permite o registro de procedimentos, que necessita de autorização e gera a emissão de AIH;

			Autorização de Internação Hospitalar - AIH (proc. especial) - instrumento que permite o registro do procedimento que necessita de autorização, porém não gera AIH. Autorização de Internação Hospitalar - AIH (proc. secundário) - instrumento de registro de procedimentos que não precisam de autorização e não geram uma AIH.
	Média de Permanência	Número/quantidade de dias	É a quantidade média de dias de internação prevista para o procedimento. É definida com base na prática clínica vigente e na média histórica da produção. Existe apenas para procedimentos principais na modalidade hospitalar
	Quantidade de Pontos	Quantitativo numérico	É uma pontuação definida para o componente "Serviços Profissionais" (SP) para os procedimentos principais e especiais realizados na assistência hospitalar. Visa subsidiar o cálculo do valor a ser rateado entre a equipe médica/cirurgião dentista envolvidos na realização do procedimento
	Quantidade Máxima	Quantitativo numérico	É o limite máximo permitido por procedimento para realização do tratamento/atendimento. Nos procedimentos com permanência por dia, ou seja, sem média de permanência, a quantidade máxima informada define o quantitativo máximo de dias de internação numa mesma AIH.
			No caso de Órteses, Próteses e Materiais Especiais, a quantidade máxima dependerá da sua compatibilidade com o procedimento principal ou especial.
	Valor	Moeda Nacional (Real)	É o valor de referência nacional definido pelo Ministério da Saúde para remuneração do procedimento. O valor da internação hospitalar compreende: a) Serviços Hospitalares (SH) - corresponde à fração do valor relacionado a custos hospitalares:
			diárias, taxas de salas, alimentação, higiene, pessoal de apoio ao paciente no leito, materiais, medicamentos e Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia - SADT (exceto medicamentos especiais e SADT especiais), e;
			b) Serviço Profissional (SP) - corresponde à fração dos atos profissionais (médicos, cirurgiões dentistas). Quando o proc. tem o atributo "Inclui Anestesia", nesta fração está inclusa a ação do anestesista.

			No caso do procedimento "Parto Normal sem Distócia", realizado por enfermeiro obstetra, está incluído no SP o valor correspondente a sua atuação. O valor do atendimento ambulatorial compreende: O componente (SA), que inclui taxa de permanência ambulatorial, serviços profissionais, materiais, medicamentos, exceto os do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.
ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	Serviço/Classificação	Tabela de Serviço/Classificação do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)	Identifica os serviços especializados, que o estabelecimento de saúde precisa dispor para realização de um procedimento. Quando um procedimento tem a exigência de serviço/classificação, isto significa que somente poderá ser realizado num estabelecimento de saúde que disponha desse serviço/classificação cadastrado no SCNES.
	Habilitação	Tabela de Habilitação - SCNES	Refere-se à Tabela de Habilitações instituída pelo MS e que é utilizada no SCNES. Estas habilitações significam que o estabelecimento de saúde reúne condições técnicas operacionais para a prestação de determinado tipo de assistência.
			As habilitações são concedidas aos estabelecimentos de saúde através de portarias do MS ou em alguns casos, de forma descentralizada, através de portarias dos próprios gestores estaduais ou municipais responsáveis por sua gestão.
			Quando um procedimento tem a identificação de uma habilitação isto significa que somente poderá ser realizado num estabelecimento de saúde que disponha de tal habilitação cadastrada no SCNES.
	Tipo de Leito	Tabela de Especialidade dos Leitos - SCNES	É o tipo de leito indicado para a realização do procedimento. Quando um procedimento tem a exigência de um determinado tipo de leito, significa que somente poderá ser realizado num estabelecimento de saúde que disponha de tal leito cadastrado no SCNES.
USUÁRIO	Idade	Em anos de vida - Idade Mínima: 00 anos Idade Máxima: 110 anos	Idade Mínima: define em anos completos, a idade mínima permitida para a realização do procedimento especificado, exceto no caso de menores de um ano a idade é definida em dias e meses. Idade Máxima: define em anos completos, a idade máxima permitida para a realização do procedimento especificado, exceto no caso de menores de um ano a idade é definida em dias e meses.

	Sexo	Masculino (M) ou Feminino (F) ou Ambos/Não se Aplica	É o gênero do usuário que possibilita que o mesmo seja submetido à realização do procedimento. A seleção "Não se aplica" significa que o procedimento não tem vinculação com o gênero do usuário.
	CID Principal	Código da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10)	É o código da Classificação Internacional de Doenças que identifica a patologia/lesão que motivou especificamente o atendimento ambulatorial ou internação do paciente
	CID Secundário	Código da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10)	É o código da Classificação Internacional de Doenças que identifica a patologia que iniciou a cadeia de acontecimentos que conduziram diretamente a doença/lesão de base ou que foram desencadeados durante a internação.
FINANCIAMENTO	Tipo de Financiamento	Piso de Atenção Básica (PAB), Assistência de Média e Alta Complexidade (MAC), Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) , Incentivo MAC, Assistência Farmacêutica, Vigilância em Saúde.	É o tipo de financiamento do procedimento em coerência aos blocos de financiamento definidos no Pacto de Gestão.
	Incremento	Percentual	É um percentual que é acrescido ao valor do procedimento e está vinculado diretamente a uma habilitação do estabelecimento.

ANEXO LIX

ATRIBUTOS COMPLEMENTARES DOS PROCEDIMENTOS QUE COMPÕEM A TABELA DE PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS E OPM DO SUS

(Origem: Anexo II da PRT SAS/MS 436/2010)

ATRIBUTOS COMPLEMENTARES	REFERÊNCIA PARA OS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO	DEFINIÇÕES
001 Inclui Anestesia	SIA/SIH/SIGTAP	Destina-se a identificar se no valor do procedimento já está incluso qualquer tipo de anestesia, exceto anestesia local, pois esta já estar inclusa no valor do procedimento.
		Nos procedimentos hospitalares com o atributo "Inclui Anestesia" significa que o valor da anestesia está incluído no componente SP (Serviços Profissionais), não permitindo o registro de códigos de anestesia em separado, do procedimento principal.
		Nos procedimentos ambulatoriais, com o atributo "Inclui Anestesia" significa que o valor da anestesia está incluído no componente SA (Serviço Ambulatorial).
002 Política Nacional de Cirurgias Eletivas	SIA/SIH/SIGTAP	Identifica os procedimentos que integram o elenco da Política Nacional de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, e que são definidos em portaria específica.
003 Admite longa permanência	SIH/SIGTAP	Identifica os procedimentos que permitem o registro na AIH de continuidade, ou seja, longa permanência
004 Admite permanência a maior	SIH/SIGTAP	Indica que pelas características próprias do procedimento ou pela condição clínica do paciente admite dias de permanência além do dobro dos dias previstos no atributo - "média de permanência". Nesse caso é necessário o registro na AIH do código de procedimento 08.02.01.019-9.

005 Admite liberação de quantidade na AIH	SIH/SIGTAP	Identifica os procedimentos que admitem liberação pelo gestor de saúde local, de quantidade superior a definida em seu atributo "Quantidade máxima".
006 CNRAC	SIH/SIGTAP	Identifica os procedimentos que integram a Política Nacional de Regulação de Alta Complexidade, instituídos em portarias específicas.
007 Permanência por dia	SIH/SIGTAP	Procedimentos cujo valor é fixado por dia de internação e, portanto, não têm média de permanência definida e sim número máximo de dias de internação a serem registradas na AIH.
008 Não permite mudança de procedimento	SIH/SIGTAP	Identifica os procedimentos principais que por características do atendimento não é permitido alterar o procedimento principal solicitado/autorizado no Laudo.
009 Exige CNS	SIA/SIH/SIGTAP	Identifica os procedimentos que exigem o registro do número do Cartão Nacional de Saúde do usuário.
010 Exige VDRL na AIH	SIH/SIGTAP	Identifica os procedimentos que exigem o registro na AIH do exame de VDRL (02.02.03.117-9 - VDRL p/ Detecção de Sífilis em Gestante).
011 Permite alta direta da UTI	SIH/SIGTAP	Identifica os procedimentos para os quais o paciente pode receber alta hospitalar diretamente do leito da UTI, não sendo exigida a sua permanência em leito de enfermaria após a alta da UTI
012 Exige idade no BPA consolidado	SIH/SIGTAP	Identifica os procedimentos que exigem o registro da idade dos usuários atendidos.
013 Verifica habilitação de terceiros	SIH/SIGTAP	Identifica os procedimentos para os quais deve ser verificada, no CNES, a existência de habilitação do estabelecimento terceirizado.
014 Admite APAC de Continuidade	SIH/SIGTAP	Identifica os procedimentos de tratamento contínuo permitidos em APAC de continuidade.
015 Admitido apenas em hospital especializado/Psiquiatria	SIH/SIGTAP	Identifica os procedimentos que poderão ser informados apenas pelos estabelecimentos de saúde identificados no CNES como sendo do tipo Hospital Especializado com Subtipo de Estabelecimento em Psiquiatria (07.06).
017 Exige informação de OPM	SIA/SIH/SIGTAP	Identifica os procedimentos que não podem ser realizados sem o registro de OPM.
019 Projeto Olhar Brasil	SIH/SIGTAP	Identifica os procedimentos que integram o Projeto Olhar Brasil definidos em portaria específica.
020 Monitoramento CEO	SIH/SIGTAP	Identifica, para fins de monitoramento, os procedimentos que integram o rol de procedimentos passíveis de serem realizados no Centro de Especialidade Odontológica, definidos em portaria específica.
021 Não exige CBO	SIH/SIGTAP	Identifica os procedimentos que não exigem a informação de CBO.
022 Exige registro na APAC de dados complementares	SIH/SIGTAP	Identifica os procedimentos na APAC que exigem preenchimento de dados complementares.

ANEXO LX

MODELO DE INFORMAÇÃO: REGISTRO DE PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS (RPM)

(Origem: Anexo A da PRT SAES/MS 50/2022)

1. Introdução

A prescrição de medicamentos é documento de valor legal, instrumento utilizado pelos profissionais da área da saúde habilitados para apontar um tratamento e instruir o paciente sobre sua condução. É composta pela indicação de medicamentos e sua orientação de uso, detalhando de forma clara e objetiva seu modo de utilização e período do tratamento.

O registro de prescrição de medicamentos, por se tratar de ato posterior ao diagnóstico clínico, compreende-se não somente como documento clínico de intervenção, mas aponta também para a decisão clínica tomada por meio do tratamento indicado. Tal é a importância da prescrição que essa, por si só, pode indicar a condição clínica do paciente, compondo importante registro de seu estado atual e seu histórico clínico.

1. Objetivo

Estabelecer a estrutura do modelo de informação do RPM, no intuito de estabelecer consenso nacional sobre os dados indispensáveis à realização do registro de prescrição de medicamentos não sujeitos a controle especial.

2.1 Objetivos específicos

- Garantir que um conjunto mínimo de informações clínicas padronizadas possa ser encaminhado e processado para múltiplos sistemas de informação em saúde, apoiando a comunicação entre os diversos níveis de atenção e subsidiando a continuidade do cuidado do indivíduo;
- Melhorar a qualidade da atenção em saúde e a segurança do indivíduo;
- Fortalecer a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) e a qualidade das informações prestadas;
- Facilitar a coleta, agregação, tratamento e análise de dados para tomada de decisão e produção de conhecimento.

3. Escopo

Este documento provê aos desenvolvedores a especificação do modelo de informação do Registro de Prescrição de Medicamentos e se aplica a todas as partes interessadas no processo de continuidade da assistência do indivíduo, incluindo:

- Estabelecimentos de saúde em processo de planejamento, implementação ou atualização de sistemas de informação de saúde;
- Desenvolvedores de sistemas de informação de saúde;
- Gestores e realizadores de políticas públicas, especialistas clínicos, gerentes de informática em saúde e equipes de suporte, bem como integradores de sistemas;
- Profissionais de saúde;
- Profissionais de Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC);
- Usuários dos serviços de saúde e suas entidades representativas.

4. Termos, definições e abreviaturas

4.1. Termos e definições

Para os efeitos deste documento, aplicam-se os seguintes termos e definições.

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

Sistema de informação oficial de cadastramento de informações de todos os estabelecimentos de saúde no País, independentemente de sua natureza jurídica ou de integrarem o Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se do cadastro oficial do Ministério da Saúde (MS) no tocante à realidade da capacidade instalada e mão-de-obra assistencial de saúde no Brasil em estabelecimentos de saúde públicos ou privados, com convênio SUS ou não.

Cartão Nacional de Saúde (CNS)

Número de identificação do usuário do SUS. Esse número é armazenado no Cadastro Nacional de Usuários do SUS (CADSUS) e permite a identificação em âmbito nacional.

Concentração do medicamento

Quantidade do princípio farmacologicamente ativo contida no medicamento por unidade de dosagem farmacêutica. Nas formas sólidas (comprimido, cápsulas, drágeas, óvulos, adesivos transdérmicos, pó liofilizado para injetável e supositórios), a concentração é expressa por unidade de peso (mg, g, etc.). Nas formas líquidas ou semissólidas, a concentração será expressa em mg/mL, mg/g ou percentual, entre outras.

Dose

Quantidade de medicamento utilizada a cada administração.

Estabelecimento de saúde

Espaço físico delimitado e permanente onde são realizados ações e serviços de saúde humana sob responsabilidade técnica.

Medicamento

Produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado, com finalidade curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico.

Posologia

Forma de utilização de um medicamento compreendendo a dose utilizada, via de administração, período de tratamento e frequência de administrações.

Profissional prescritor

Indivíduo com profissão de saúde habilitada para a realização de prescrição de medicamentos.

Terminologia

Sistematização e representação linguística de um conceito, ou seja, uma unidade de conhecimento criada por uma combinação única de características para fornecer um vocabulário sistematizado e controlado. No caso específico da saúde, trata de informações clinicamente relevantes que podem ser usadas durante a entrada de dados para maior precisão que o obtido por texto livre que não pode ser interpretado automaticamente por um sistema.

Unidade de medida da concentração

As unidades de medida das concentrações de medicamentos são expressas pelo menor volume ou peso e devem ser expressas seguindo a nomenclatura das unidades de medidas internacionais.

Via de administração

Modo pelo qual o medicamento entra em contato com o organismo.

4.2. Abreviaturas

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CADSUS	Sistema de Cadastramento de usuários do SUS
CATMAT	Catálogo de Materiais do Governo Federal
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CNS	Cartão Nacional de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPJ	Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CPF	Cadastro de Pessoa Física
CRF	Conselho Regional de Farmácia
CRM	Conselho Regional de Medicina
CRN	Conselho Regional de Nutrição
CRO	Conselho Regional de Odontologia
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ISO	<i>International Organization for Standardization</i> (Organização Internacional de Padronização)
OBM	Ontologia Brasileira de Medicamentos
RPM	Registro de Prescrição de Medicamentos
SUS	Sistema Único de Saúde
UF	Unidade da Federação

5. Usos

O Registro de Prescrição de Medicamentos é um documento essencial para:

Apoiar a comunicação das informações de registros de prescrições entre os diversos níveis de atenção de modo eficiente, efetivo e a tempo, contribuindo para uma atenção coordenada entre os cuidadores do indivíduo e apoiando a continuidade dos seus cuidados;

Melhorar a qualidade da atenção em saúde e a segurança para o indivíduo com informações qualificadas, completas e oportunas que contribuam para uma conduta mais adequada às necessidades individuais de cada indivíduo;

Garantir que um conjunto mínimo de informações clínicas padronizadas possa ser encaminhado e processado para múltiplos sistemas de informações em saúde, facilitando a agregação e análise desses dados para tomada de decisão e produção de conhecimento;

Reduzir o custo com entradas manuais, integrações, mapeamento de sistemas independentes e manutenção dos sistemas de informação em saúde;

Promover a simplificação e padronização das comunicações sobre os eventos de saúde entre os diversos envolvidos na atenção à saúde;

Alimentar o registro pessoal de saúde do indivíduo;

Dar subsídios ao uso secundário da informação.

6. Modelo de informação

A Tabela 1 apresenta os elementos que são partes do modelo de informação do Registro de Prescrição de Medicamentos. O método que descreve o modelo é o seguinte:

- Coluna 1 (Nível): indica a relação de dependência do elemento aos demais. Um número maior significa que aquele item depende ou está subordinado ao de número menor e anterior a ele no modelo. Assim, um elemento de nível 2 é subitem de um elemento de nível 1, um de nível 3 é subitem de um de nível 2 e assim sucessivamente.

- Coluna 2 (Ocorrência): demonstra a obrigatoriedade e a quantidade de ocorrências do elemento.

- [0..] - Indica que o elemento é opcional.

- [1..] - Indica que o elemento é obrigatório.

- [..1] - Indica que o elemento só pode ocorrer uma única vez.

- [..N] - Indica que o elemento pode ocorrer várias vezes.

- Coluna 3 (Seção/Item): descrição do elemento ou de um agrupador de elementos (seção).

- Coluna 4 (Tipo de Dados): demonstra a forma de representar o elemento.

- Coluna 5 (Conceito/Observações): conceitua ou esclarece a forma de utilizar o elemento.

Tabela 1 - Modelo de informação do Registro de Prescrição de Medicamentos

Nível	Ocorrência	Seção/Item	Tipo de Dados	Conceito/Observações (Regras de negócio)
1	[1..1]	Identificação do indivíduo		RN01: O documento deve trazer um identificador nacional do indivíduo. Se não houver nenhum dos dois possíveis (CNS ou CPF), dever ser obrigatório o preenchimento do bloco Identificação por dados demográficos.
2	[0..1]	Identificador Nacional do Indivíduo	Caracteres numéricos	Identificação unívoca dos usuários das ações e serviços de saúde, mediante número único válido em todo o território nacional, sendo: - Cartão Nacional de Saúde (CNS); - Cadastro de Pessoa Física (CPF).
				RN02: A validação do identificador nacional do indivíduo deve ser feita junto ao CADSUS. RN03: Se o campo vier preenchido com CPF e o indivíduo não possuir CNS correspondente, necessita ser criado.
2	[0..1]	Identificação por dados demográficos		RN04: Na hipótese de não ser possível a identificação por um dos identificadores nacionais acima, os campos do bloco de dados demográficos serão usados como parâmetros de pesquisa para a identificação do indivíduo e eventual atribuição de um CNS.

3	[1..1]	Nome completo	Sequência de caracteres alfanuméricos	
3	[0..1]	Nome social	Sequência de caracteres alfanuméricos	
3	[1..1]	Nome completo da mãe	Sequência de caracteres alfanuméricos	
3	[1..1]	Data de nascimento	Data	Conforme ISO 8601.
3	[1..1]	Sexo	Texto codificado	Masculino; Feminino; Ignorado
3	[0..1]	País de nascimento	Texto codificado por terminologia externa: IBGE	RN05: Obrigatório se país estrangeiro.
3	[0..1]	Município de Nascimento	Texto codificado por terminologia externa: IBGE	RN06: Preenchido somente se o país de nascimento for Brasil.
3	[0..1]	Endereço	Sequência de caracteres alfanuméricos	RN07: Preenchido somente se o país de nascimento for Brasil.
1	[1..1]	Caracterização do atendimento		
2	[0..1]	Identificador do Estabelecimento de saúde prescritor	Caracteres numéricos	Identificação unívoca do estabelecimento prescritor, mediante número único válido em todo o território nacional, sendo: - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); - Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ).
2	[0..1]	Endereço do estabelecimento ou do profissional prescritor	Sequência de caracteres alfanuméricos	RN08: Obrigatório se o campo Identificador do Estabelecimento de saúde prescritor não estiver preenchido.
2	[1..1]	Data e hora da prescrição	Data	Conforme ISO 8601.
2	[1..1]	Profissional prescritor		
3	[0..1]	Nome do profissional prescritor	Sequência de caracteres alfanuméricos	
3	[1..1]	Conselho do profissional prescritor	Texto codificado	Indica a entidade de conselho profissional do prescritor - CRM, CRF, CRO, CRN, COREN
3	[1..1]	UF do conselho do profissional prescritor	Texto codificado por terminologia externa: IBGE	Indica a UF do conselho do profissional prescritor
3	[1..1]	Número de conselho do profissional prescritor	Caracteres numéricos	Número do conselho do profissional prescritor
3	[1..1]	Identificador do profissional prescritor	Caracteres numéricos	Identificação unívoca do profissional prescritor, mediante número único válido em todo o território nacional, sendo: - Cartão Nacional de Saúde (CNS); - Cadastro de Pessoa Física (CPF). RN09: Validar junto ao CADSUS.
3	[1..1]	Ocupação do profissional prescritor	Texto codificado por terminologia externa: CBO MTE	Atividade desempenhada pelo profissional que realizou a emissão da prescrição.
1	[1..1]	Prescrição no atendimento		
2	[0..1]	Medicamentos prescritos no atendimento (não estruturado)		

3	[1..1]	Descrição da prescrição	Texto livre	Descrição da prescrição de medicamentos de forma livre, em texto, podendo conter vários medicamentos. O profissional prescriptor deverá descrever todos os campos necessários a uma prescrição, entre outros elementos relevantes.
2	[0..1]	Medicamentos prescritos no atendimento (estruturado)		
3	[1..1]	Nome e versão da terminologia de medicamentos	Texto codificado	Lista de registro de medicamentos da ANVISA Ontologia Brasileira de Medicamentos (OBM) Catálogo de Materiais do Governo Federal (CATMAT)
4	[1..N]	Medicamento	Texto codificado por terminologia externa	Indica o nome do princípio ativo, concentração, unidade de medida e forma farmacêutica do medicamento prescrito.
5	[1..1]	Via de administração	Texto codificado por terminologia externa	
5	[1..1]	Posologia		
6	[0..1]	Posologia não estruturada	Texto livre	Descrição da posologia de medicamento de forma livre, em texto. O profissional prescriptor deverá descrever todos os campos necessários a uma posologia, entre outros elementos relevantes.
6	[0..1]	Posologia estruturada		
7	[1..1]	Quantidade da Dose	Caracteres numéricos	Quantidade da unidade de consumo do medicamento prescrito a cada dose.
7	[1..1]	Unidade de consumo da dose	Texto codificado por terminologia externa	Unidade de consumo do medicamento prescrito (ex.: comprimido, cápsula, aplicação, mL, gota, copo dosador, infusão etc.).
7	[1..1]	Frequência de uso do medicamento		
8	[1..1]	Dose única	Booleano	Sim; Não (verdadeiro/falso)
8	[0..1]	Uso contínuo		RN10: preenchido obrigatoriamente se "Dose Única" = não/falso.
9	[0..1]	Uso se necessário	Booleano	Sim; Não (verdadeiro/falso)
10	[1..1]	Descrição da necessidade de uso do medicamento	Texto livre	Descrição de uso do medicamento indicado para o caso de uma necessidade específica (ex.: dor, febre, após tratamento etc.)
9	[0..1]	Intervalo em horas de cada dose do medicamento	Caracteres numéricos	Intervalo, em horas, de cada uso do medicamento
9	[0..1]	Frequência de doses do medicamento		
10	[1..1]	Repetições de dose para uma mesma unidade de tempo	Caracteres numéricos	Número de doses a cada uso do medicamento (ex.: 1x, 2x, 3x 4x etc.)
10	[1..1]	Intervalo entre doses	Caracteres numéricos	Descritor quantitativo da unidade de tempo entre doses
10	[1..1]	Unidade de tempo entre doses	Texto codificado	Unidade de tempo entre doses (ex.: hora, dia, semana, mês etc.).
9	[0..1]	Turno		
10	[1..1]	Turno do dia	Texto codificado	Manhã, tarde, noite.
10	[1..1]	Intervalo entre doses	Caracteres numéricos	Descritor quantitativo da unidade de tempo entre doses
10	[1..1]	Unidade de tempo entre doses	Texto codificado	Unidade de tempo entre doses (ex.: hora, dia, semana, mês, ano).
7	[0..1]	Quantidade de medicamento prescrito		

8	[1..1]	Quantidade a ser dispensada por atendimento	Caracteres numéricos	
8	[1..1]	Unidade de medida do medicamento	Texto codificado	Unidade de medida do medicamento prescrito (ex.: comprimido, cápsula, frasco, caixa etc.).
7	[0..1]	Duração de uso do medicamento	Caracteres alfanuméricos	Duração conforme ISO 8601
7	[0..1]	Total do tratamento	Caracteres numéricos	Quantidade total de medicamento prescrito.
7	[0..1]	Orientações sobre o uso do medicamento	Texto livre	

ANEXO LXI

MODELO DE INFORMAÇÃO: REGISTRO DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS (RDM)

(Origem: Anexo B da PRT SAES/MS 50/2022)

1. Introdução

A dispensação de medicamentos se caracteriza pelo ato de fornecimento ao consumidor de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, a título remunerado ou não, sendo privativa de farmácias, drogarias, postos de medicamentos, unidades volantes ou dispensário de medicamentos. A dispensação correta de um medicamento é essencial para a promoção da saúde do paciente e do uso racional de medicamentos, impedindo reações adversas evitáveis e reduzindo o risco de insucesso de um tratamento farmacológico.

O registro de dispensação de medicamentos em unidades públicas de saúde, em unidades privadas financiadas pelo SUS ou de produtos oferecidos pelo Programa Farmácia Popular do Brasil provê informações acerca do consumo de medicamentos no SUS, podendo auxiliar no controle de gastos do Sistema de Saúde, na continuidade do cuidado ao paciente e no fortalecimento do ciclo da Assistência Farmacêutica no País.

2. Objetivo

Estabelecer a estrutura do modelo de informação do Registro de Dispensação de Medicamentos, no intuito de estabelecer consenso nacional sobre os dados indispensáveis à realização do registro de dispensação de medicamentos não sujeitos a controle especial, dispensados em âmbito de atendimento ambulatorial por unidades públicas de saúde, unidades privadas financiadas pelo SUS ou pelo Programa Farmácia Popular do Brasil.

2.1. Objetivos específicos

- Garantir que um conjunto mínimo de informações clínicas padronizadas possa ser encaminhado e processado para múltiplos sistemas de informações em saúde apoiando a comunicação entre os diversos níveis de atenção e subsidiando a continuidade do cuidado do indivíduo;
- Melhorar a qualidade da atenção em saúde e a segurança do indivíduo;
- Fortalecer a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) e a qualidade das informações prestadas;
- Facilitar a agregação e a análise de dados para tomada de decisão e produção de conhecimento;
- Subsidiar o Ministério da Saúde com dados sobre o consumo de medicamentos e produtos para a saúde, fortalecendo o ciclo da Assistência Farmacêutica no SUS.

3. Escopo

Este documento provê aos desenvolvedores a especificação do modelo de informação do Registro de Dispensação de Medicamentos e se aplica a todas as partes interessadas no processo de continuidade da assistência do indivíduo, incluindo:

- Estabelecimentos de saúde em processo de planejamento, implementação ou atualização de sistemas de informação de saúde;

- Desenvolvedores de sistemas de informação de saúde;
- Gestores e realizadores de políticas públicas, especialistas clínicos, gerentes de informática em saúde e equipes de suporte, bem como integradores de sistemas;
- Profissionais de saúde;
- Profissionais de Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC);
- Usuários dos serviços de saúde e suas entidades representativas.

4. Termos, definições e abreviaturas

4.1. Termos e definições

Para os efeitos deste documento, aplicam-se os seguintes termos e definições.

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

Sistema de informação oficial de cadastramento de informações de todos os estabelecimentos de saúde no País, independentemente de sua natureza jurídica ou de integrarem o Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se do cadastro oficial do Ministério da Saúde (MS) no tocante à realidade da capacidade instalada e mão-de-obra assistencial de saúde no Brasil em estabelecimentos de saúde públicos ou privados, com convênio SUS ou não.

Cartão Nacional de Saúde (CNS)

Número de identificação do usuário do SUS. Esse número é armazenado no Cadastro Nacional de Usuários do SUS e permite a identificação em âmbito nacional.

Código serial

Código individual contido no Identificador Único de Medicamento (IUM), composto de até 20 caracteres alfanuméricos gerado por algoritmo pseudorrandômico - parte do Sistema Nacional de Controle de Medicamentos (SNCM) da ANVISA.

Concentração do medicamento

Quantidade do princípio farmacologicamente ativo contida no medicamento por unidade de dosagem farmacêutica. Nas formas sólidas (comprimido, cápsulas, drágeas, óvulos, adesivos transdérmicos, pó liofilizado para injetável e supositórios) a concentração é expressa por unidade de peso (mg, g, etc.). Nas formas líquidas ou semissólidas, a concentração será expressa em mg/mL, mg/g ou percentual.

Estabelecimento de saúde

Espaço físico delimitado e permanente onde são realizados as ações e os serviços de saúde humana sob responsabilidade técnica.

Identificador Único de Medicamento (IUM)

Identificador composto de uma série de caracteres numéricos, alfanuméricos, criado através de padrões de identificação e codificação, que permita a identificação individualizada, exclusiva e inequívoca de cada embalagem comercial do medicamento - parte do Sistema Nacional de Controle de Medicamentos (SNCM) da ANVISA.

Medicamento

Produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado, com finalidade curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico.

Modalidade da dispensação

Indica a modalidade de estabelecimento ou financiamento na qual é realizada o registro de dispensação.

Profissional prescritor

Indivíduo com profissão de saúde habilidade para a realização de prescrição de medicamentos.

Profissional dispensador

Indivíduo que realiza o procedimento de dispensação de medicamentos.

Terminologia

Sistematização e representação linguística de um conceito, ou seja, uma unidade de conhecimento criada por uma combinação única de características para fornecer um vocabulário sistematizado e controlado. No caso específico da saúde, trata de informações clinicamente relevantes que podem ser usadas durante a entrada de dados para maior precisão que o obtido por texto livre que não pode ser interpretado automaticamente por um sistema.

Unidade de medida da concentração

As unidades de medida das concentrações de medicamentos são expressas pelo menor volume ou peso e devem ser expressas seguindo a nomenclatura das unidades de medidas internacionais.

4.2. Abreviaturas

AMPP	<i>Actual Medicinal Product Pack</i> (Produto Medicinal Comercial com Apresentação)
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CADSUS	Sistema de Cadastramento de usuários do SUS
CATMAT	Catálogo de Materiais do Governo Federal
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CNS	Cartão Nacional de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPJ	Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CPF	Cadastro de Pessoa Física
CRF	Conselho Regional de Farmácia
CRM	Conselho Regional de Medicina
CRN	Conselho Regional de Nutrição
CRO	Conselho Regional de Odontologia
GTIN	<i>Global Trade Item Number</i> (Número Global de Item Comercial)
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ISO	<i>International Organization for Standardization</i> (Organização Internacional de Padronização)
IUM	Identificador Único de Medicamento
OBM	Ontologia Brasileira de Medicamentos
RDM	Registro de Dispensação de Medicamentos
SNCM	Sistema Nacional de Controle de Medicamentos
SUS	Sistema Único de Saúde
UF	Unidade da Federação
XML	Extensible Markup Language

5.Usos

O Registro de Dispensação de Medicamentos é um documento essencial para:

Apoiar a comunicação das informações de registros de prescrições entre os diversos níveis de atenção de modo eficiente, efetivo e a tempo, contribuindo para uma atenção coordenada entre os cuidadores do indivíduo e apoiando a continuidade dos seus cuidados;

Melhorar a qualidade da atenção em saúde e a segurança para o indivíduo com informações qualificadas, completas e oportunas que contribuam para uma conduta mais adequada às necessidades individuais de cada indivíduo;

Garantir que um conjunto mínimo de informações clínicas padronizadas possa ser encaminhado e processado para múltiplos sistemas de informações em saúde, facilitando a agregação e análise desses dados para tomada de decisão e produção de conhecimento;

Reduzir o custo com entradas manuais, integrações, mapeamento de sistemas independentes e manutenção dos sistemas de informação em saúde;

Promover a simplificação e padronização das comunicações sobre os eventos de saúde entre os diversos envolvidos na atenção à saúde;

Alimentar o registro pessoal de saúde do indivíduo;

Dar subsídios ao uso secundário da informação.

6.Modelo de informação

A Tabela 1 apresenta os elementos que são partes do modelo de informação do Registro de Dispensação de Medicamentos. O método que descreve o modelo é o seguinte:

- Coluna 1 (Nível): indica a relação de dependência do elemento aos demais. Um número maior significa que aquele item depende ou está subordinado ao de número menor e anterior a ele no modelo. Assim, um elemento de nível 2 é subitem de um elemento de nível 1, um de nível 3 é subitem de um de nível 2 e assim sucessivamente.

- Coluna 2 (Ocorrência): demonstra a obrigatoriedade e a quantidade de ocorrências do elemento.

- [0..] - Indica que o elemento é opcional.

- [1..] - Indica que o elemento é obrigatório.

- [...1] - Indica que o elemento só pode ocorrer uma única vez.

- [...N] - Indica que o elemento pode ocorrer várias vezes.

- Coluna 3 (Seção/Item): descrição do elemento ou de um agrupador de elementos (seção).

- Coluna 4 (Tipo de Dados): demonstra a forma de representar o elemento.

- Coluna 5 (Conceito/Observações): conceitua ou esclarece a forma de utilizar o elemento.

Tabela 1 - Modelo de informação do Registro de Dispensação de Medicamentos

Nível	Ocorrência	Seção/Item	Tipo de Dados	Conceito/Observações (Regras de negócio)
1	[0..1]	Identificação do registro de prescrição eletrônica	Sequência de caracteres alfanuméricos	RN01: A identificação do registro de prescrição eletrônica enviada para a RNDS - traz as informações de "Identificação do indivíduo", "Data da Prescrição", "Profissional Prescritor" e "Medicamento ou Produto".
1	[1..1]	Identificação do indivíduo		RN02: preenchimento obrigatório se a identificação do registro de prescrição eletrônica não for informada. RN03: O documento deve trazer um identificador nacional do indivíduo. Se não houver nenhum dos dois possíveis (CNS ou CPF), dever ser obrigatório o preenchimento do bloco Identificação por dados demográficos.
2	[0..1]	Identificador Nacional do Indivíduo	Caracteres numéricos	Identificação unívoca dos usuários das ações e serviços de saúde, mediante número único válido em todo o território nacional, sendo: - Cartão Nacional de Saúde (CNS). - Cadastro de Pessoa Física (CPF).
				RN04: A validação do identificador nacional do indivíduo deve ser feita junto ao CADSUS. RN05: Se o campo vier preenchido com CPF e o indivíduo não possuir CNS correspondente, necessita ser criado.
2	[0..1]	Identificação por dados demográficos		RN06: Na hipótese de não ser possível a identificação por um dos identificadores nacionais acima, os campos do bloco de dados demográficos serão usados como parâmetros de pesquisa para a identificação do indivíduo e eventual atribuição de um CNS.
3	[1..1]	Nome completo	Sequência de caracteres alfanuméricos	

3	[0..1]	Nome social	Sequência de caracteres alfanuméricos	
3	[1..1]	Nome completo da mãe	Sequência de caracteres alfanuméricos	
3	[1..1]	Data de nascimento	Data	Conforme ISO 8601.
3	[1..1]	Sexo	Texto codificado	Masculino; Feminino; Ignorado
3	[0..1]	País de nascimento	Texto codificado por terminologia externa: IBGE	RN07: Obrigatório se país estrangeiro.
3	[0..1]	Município de Nascimento	Texto codificado por terminologia externa: IBGE	RN08: Preenchido somente se o país de nascimento for Brasil.
1	[1..1]	Caracterização do atendimento		
2	[1..1]	Modalidade da dispensação	Texto codificado	Representa em qual modalidade de estabelecimento ou financiamento a dispensação está sendo realizada: -Unidade de saúde pública ou privada, com pagamento pelo SUS; -Drogaria comercial, com pagamento (gratuidade de copagamento) pelo Programa Farmácia Popular do Brasil.
2	[1..1]	Identificador do Estabelecimento de Saúde Dispensador	Caracteres numéricos	Identificação unívoca do estabelecimento, dispensador, mediante número único válido em todo o território nacional, sendo: - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); - Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ)
2	[1..1]	Data da prescrição	Data	Conforme ISO 8601:2004
2	[1..1]	Data e hora da dispensação	Data e hora	Conforme ISO 8601:2004
2	[1..1]	Profissional prescritor		
3	[1..1]	Conselho do profissional prescritor	Texto codificado	Indica a entidade de conselho profissional do prescritor - CRM, CRF, CRO, CRN, COREN
3	[1..1]	UF do conselho do profissional prescritor	Texto codificado por terminologia externa: IBGE	Indica a UF do conselho do profissional prescritor
3	[1..1]	Número de conselho do profissional prescritor	Caracteres numéricos	Número do conselho do profissional prescritor
3	[0..1]	Identificador do profissional prescritor	Caracteres numéricos	Identificação unívoca do profissional prescritor, mediante número único válido em todo o território nacional, sendo: - Cartão Nacional de Saúde (CNS). - Cadastro de Pessoa Física (CPF). RN09: Validar junto ao CADSUS.
3	[0..1]	Ocupação do profissional prescritor	Texto codificado por terminologia externa: CBO/MTE	Atividade desempenhada pelo profissional que realizou a emissão da prescrição.
2	[1..1]	Profissional dispensador		
3	[1..1]	CPF do profissional dispensador	Caracteres numéricos	Identificação unívoca do profissional dispensador, mediante número único válido em todo o território nacional, sendo: - Cadastro de Pessoa Física (CPF).
3	[0..1]	CRF do profissional dispensador	Caracteres numéricos	Número do Conselho Regional de Farmácia do Profissional Dispensador. RN10: Obrigatório para medicamentos que exijam a dispensação realizada por farmacêutico.

2	[0..1]	Identificação de quem retirou o medicamento	Caracteres numéricos	Identificação unívoca de quem retira o medicamento, mediante número único válido em todo o território nacional, sendo: - Cadastro de Pessoa Física (CPF). RN11: Obrigatório para pessoa diferente do paciente da prescrição.
1	[1..1]	Dispensação no atendimento		
2	[1..N]	Item dispensado		
3	[1..1]	Nome e versão da terminologia de medicamentos	Texto codificado	-Lista de registro de medicamentos da ANVISA -Ontologia Brasileira de Medicamentos (OBM) -Catálogo de Materiais do Governo Federal (CATMAT) -Código de Barras (GTIN) -IUM (Identificador Único de Medicamento)
3	[1..1]	Identificador do item dispensado	Texto codificado por terminologia externa	CATMAT ou Código GTIN (código de barras) do produto dispensado. RN12: validar junto à OBM (AMPP)
3	[0..1]	Código serial da unidade de medicamento	Texto livre	RN13: Obrigatório em medicamentos serializados/Datamatrix - Elemento serl do XML para grupo IUM
3	[0..1]	Lote	Texto livre	RN14: Se medicamento serializado/Datamatrix - Elemento lot do XML para grupo IUM
3	[0..1]	Data de validade	Data	Conforme ISO 8601 (YYYY-MM) RN15: Se medicamento serializado/Datamatrix - Elemento exp do XML para grupo IUM
3	[1..1]	Unidade de medida do produto	Texto codificado	Unidade de medida do produto prescrito (ex.: comprimido, cápsula, frasco, caixa etc.).
3	[1..1]	Quantidade dispensada no atendimento	Caracteres numéricos	Quantidade do produto dispensado (unidade).
3	[0..1]	Quantidade de dias de fornecimento	Caracteres numéricos	Quantidade de dias de fornecimento de produto dispensado.
3	[0..1]	Valor do produto	Caracteres numéricos	Valor em reais da apresentação dispensada RN16: Obrigatório somente para atendimentos do Programa Farmácia Popular do Brasil
3	[0..1]	Valor pago Ministério da Saúde	Caracteres numéricos	Valor em reais da apresentação dispensada RN17: Obrigatório somente para atendimentos do Programa Farmácia Popular do Brasil
3	[0..1]	Orientação de uso do produto	Texto livre	

Este conteúdo não substitui o publicado na versão certificada.