

Quarta edição
03.08.2020

Versão corrigida
25.01.2021

Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos

Accessibility to buildings, equipment and the urban environment

ICS 91.010.99

ISBN 978-65-5659-371-5



ASSOCIAÇÃO
BRASILEIRA
DE NORMAS
TÉCNICAS

Número de referência
ABNT NBR 9050:2020
147 páginas

© ABNT 2020



© ABNT 2020

Todos os direitos reservados. A menos que especificado de outro modo, nenhuma parte desta publicação pode ser reproduzida ou utilizada por qualquer meio, eletrônico ou mecânico, incluindo fotocópia e microfilme, sem permissão por escrito da ABNT.

ABNT

Av. Treze de Maio, 13 - 28º andar

20031-901 - Rio de Janeiro - RJ

Tel.: + 55 21 3974-2300

Fax: + 55 21 3974-2346

abnt@abnt.org.br

www.abnt.org.br

Sumário

Página

Prefácio	xiii
1 Escopo	1
2 Referências normativas	1
3 Termos, definições e abreviaturas	2
3.1 Termos e definições	2
3.2 Abreviaturas	6
4 Parâmetros antropométricos	7
4.1 Pessoas em pé	7
4.2 Pessoas em cadeira de rodas (P.C.R.)	8
4.2.1 Cadeira de rodas	8
4.2.2 Módulo de referência (M.R.)	8
4.3 Área de circulação e manobra	9
4.3.1 Largura para deslocamento em linha reta de pessoas em cadeira de rodas.....	9
4.3.2 Largura para transposição de obstáculos isolados	10
4.3.3 Mobiliários na rota acessível	10
4.3.4 Área para manobra de cadeiras de rodas sem deslocamento	11
4.3.5 Manobra de cadeiras de rodas com deslocamento	12
4.3.6 Posicionamento de cadeiras de rodas em espaços confinados	13
4.3.7 Proteção contra queda ao longo das áreas de circulação	14
4.4 Área de transferência.....	16
4.5 Área de aproximação	16
4.6 Alcance manual.....	17
4.6.1 Dimensões referenciais para alcance manual.....	17
4.6.2 Aplicação das dimensões referenciais para alcance manual lateral de pessoa em cadeira de rodas.....	20
4.6.3 Superfície de trabalho.....	21
4.6.4 Ângulos para execução de forças de tração e compressão.....	23
4.6.5 Empunhadura	24
4.6.6 Maçanetas, barras antipânico e puxadores.....	24
4.6.7 Controles (dispositivos de comando ou acionamento)	25
4.6.8 Dispositivo para travamento de portas.....	26
4.6.9 Altura para comandos e controles	26
4.7 Assentos para pessoas obesas.....	26
4.8 Parâmetros visuais	27
4.8.1 Ângulos de alcance visual	27
4.8.2 Aplicação dos ângulos de alcance visual.....	28
4.9 Parâmetro auditivo.....	31
5 Informação e sinalização	32
5.1 Informação	32
5.1.1 Geral	32
5.1.2 Transmissão	32

5.1.3	Princípio dos dois sentidos	32
5.2	Sinalização.....	32
5.2.1	Geral	32
5.2.2	Classificação	32
5.2.3	Amplitude.....	33
5.2.4	Categorias.....	33
5.2.5	Instalação	33
5.2.6	Tipos.....	33
5.2.7	Informações essenciais.....	34
5.2.8	Disposição	34
5.2.9	Linguagem	36
5.3	Símbolos	40
5.3.1	Gerais	40
5.3.2	Símbolo internacional de acesso – SIA.....	41
5.3.3	Símbolo internacional de pessoas com deficiência visual.....	41
5.3.4	Símbolo internacional de pessoas com deficiência auditiva.....	42
5.3.5	Símbolos complementares.....	42
5.4	Aplicações essenciais	46
5.4.1	Sinalização de portas e passagens	46
5.4.2	Planos e mapas acessíveis	46
5.4.3	Sinalização de pavimento	47
5.4.4	Sinalização de degraus.....	48
5.4.5	Sinalização de elevadores e plataformas elevatórias.....	49
5.4.6	Sinalização tátil e visual no piso	49
5.5	Sinalização de emergência.....	49
5.5.1	Condições gerais	49
5.5.2	Sinalização de área de resgate, de espaço reservado para P.C.R. e de vaga reservada para veículo	50
5.6	Alarmes	50
5.6.1	Condições gerais	50
5.6.2	Características.....	51
5.6.3	Instalações.....	51
5.6.4	Aplicações essenciais	51
6	Acessos e circulação.....	52
6.1	Rota acessível	52
6.1.1	Geral	52
6.1.2	Iluminação.....	52
6.2	Acessos – Condições gerais.....	52
6.3	Circulação – Piso	53
6.3.1	Condições gerais	53
6.3.2	Revestimentos.....	53
6.3.3	Inclinação.....	53
6.3.4	Desníveis	53

6.3.5	Grelhas e juntas de dilatação	54
6.3.6	Tampas de caixas de inspeção e de visita	54
6.3.7	Capachos, forrações, carpetes, tapetes e similares	54
6.3.8	Sinalização no piso	54
6.4	Rota de fuga e área de resgate – Condições gerais	54
6.4.1	Rota de fuga	54
6.4.2	Área de resgate	55
6.5	Área de descanso	56
6.6	Rampas	56
6.6.1	Gerais	56
6.6.2	Dimensionamento	56
6.6.3	Guia de balizamento	58
6.6.4	Patamares das rampas	59
6.7	Degraus e escadas fixas em rotas acessíveis	59
6.7.1	Características dos pisos e espelhos	59
6.7.2	Dimensionamento de degraus isolados	60
6.8	Escadas	60
6.9	Corrimãos e guarda-corpos	61
6.9.1	Generalidades	61
6.9.2	Guarda-corpos	62
6.9.3	Corrimãos	62
6.9.4	Corrimão em degrau isolado	64
6.10	Equipamentos eletromecânicos de circulação	65
6.10.1	Condições gerais	65
6.10.2	Elevador vertical ou inclinado	67
6.10.3	Plataforma de elevação vertical	67
6.10.4	Plataforma de elevação inclinada	67
6.10.5	Esteira rolante horizontal ou inclinada	68
6.10.6	Escada rolante com plataforma para cadeira de rodas	68
6.10.7	Dispositivos complementares de circulação	68
6.11	Circulação interna	68
6.11.1	Corredores	68
6.11.2	Portas	69
6.11.3	Janelas	73
6.12	Circulação externa	73
6.12.1	Inclinação transversal	74
6.12.2	Inclinação longitudinal	74
6.12.3	Dimensões mínimas da calçada	74
6.12.4	Acesso do veículo ao lote	75
6.12.5	Obras sobre o passeio	77
6.12.6	Dimensionamento das faixas livres	77
6.12.7	Travessia de pedestres em vias públicas ou em áreas internas de edificações	78
6.12.8	Sinalização da travessia	81

6.13	Passarelas de pedestres	81
6.14	Vagas reservadas para veículos	81
6.14.1	Condições das vagas	81
6.14.2	Circulação de pedestre em estacionamentos	82
6.14.3	Previsão de vagas reservadas	82
6.15	Portões de acesso a garagens.....	82
7	Sanitários, banheiros e vestiários	82
7.1	Requisitos gerais	82
7.2	Tolerâncias dimensionais.....	82
7.3	Localização	82
7.4	Quantificação e características	82
7.5	Dimensões do sanitário acessível e do boxe sanitário acessível	84
7.6	Barras de apoio	87
7.7	Bacia sanitária	88
7.7.1	Áreas de transferência.....	88
7.7.2	Instalação de bacias convencionais, com caixas acopladas ou suspensas, e de barras de apoio.....	89
7.7.3	Acionamento da válvula de descarga	97
7.8	Instalação de lavatório e barras de apoio	98
7.9	Sanitários e banheiros com trocador para crianças e adultos – Sanitário familiar.	101
7.10	Sanitário coletivo	101
7.10.1	Boxes comuns.....	101
7.10.2	Boxes com barras de apoio	102
7.10.3	Lavatórios em sanitários coletivos	102
7.10.4	Mictório	103
7.11	Acessórios para sanitários acessíveis e coletivos.....	104
7.11.1	Espelhos	104
7.11.2	Papeleiras	105
7.11.3	Cabide	106
7.11.4	Porta-objetos	106
7.11.5	Puxador horizontal.....	106
7.12	Banheiros acessíveis e vestiários com banheiros conjugados	106
7.12.1	Boxe para chuveiro e ducha	106
7.12.2	Comandos.....	107
7.12.3	Barras de apoio em boxes para chuveiros	107
7.12.4	Desnível do piso do boxe do chuveiro e vestiários.....	108
7.13	Banheira	108
7.14	Vestiários	110
7.14.1	Cabinas	110
7.14.2	Bancos	111
7.14.3	Armários.....	112
7.14.4	Espelhos	112
7.14.5	Cabides e porta-objetos	112

8	Mobiliário urbano	112
8.1	Condições gerais	112
8.2	Condições específicas.....	113
8.2.1	Pontos de embarque e desembarque de transporte público	113
8.2.2	Semáforo de pedestre	113
8.3	Telefones públicos	113
8.4	Cabinas telefônicas	113
8.5	Bebedouros	114
8.5.1	Bebedouros de bica	114
8.5.2	Bebedouros do tipo garrafão e outros modelos	115
8.6	Lixeiras e contentores para reciclados.....	115
8.7	Cabinas de sanitários públicos	115
8.8	Ornamentação da paisagem e ambientação urbana – Vegetação	115
8.9	Assentos públicos	115
9	Mobiliário	116
9.1	Condições gerais	116
9.2	Balcão, bilheterias e balcões de informação	116
9.2.1	Balcão de atendimento e de caixa bancário.....	116
9.2.2	Caixas de pagamento	117
9.2.3	Bilheterias, balcões de informação e similares	117
9.2.4	Acessibilidade ao atendente	117
9.3	Mesas ou superfícies	117
9.3.1	Mesas ou superfícies de trabalho	117
9.3.2	Mesas ou superfícies de refeição	118
9.3.3	Superfícies de apoio para bandeja ou similares	118
9.4	Equipamentos de controle de acesso e máquinas de autoatendimento.....	119
9.4.1	Equipamentos de controle de acesso.....	119
9.4.2	Caixas de autoatendimento bancário	119
9.4.3	Máquinas de autoatendimento para compra de produtos	119
10	Equipamentos urbanos	120
10.1	Geral	120
10.2	Bens tombados	121
10.3	Cinemas, teatros, auditórios e similares	121
10.3.1	Gerais	121
10.3.2	Localização dos espaços para P.C.R. e assentos para P.M.R. e P.O.	121
10.3.3	Posicionamento dos espaços e assentos em edifícios existentes	125
10.3.4	Dimensões dos espaços para P.C.R. e assentos para P.M.R. e P.O.	125
10.3.5	Espaço para cão-guia	127
10.4	Plateia, palco e bastidores – Circulação.....	127
10.5	Sistemas auxiliares de comunicação.....	127
10.6	Camarins	128
10.7	Locais de exposições	128
10.8	Restaurantes, refeitórios, bares e similares.....	128

10.9	Locais de hospedagem	128
10.10	Serviços de saúde	130
10.11	Locais de esporte, lazer e turismo	130
10.12	Piscinas.....	131
10.13	Parques, praças e locais turísticos	134
10.14	Praias.....	134
10.15	Escolas.....	134
10.16	Bibliotecas e centros de leitura	135
10.17	Locais de comércio	136
10.18	Estabelecimento bancário.....	136
10.19	Atendimento ao público	137
10.20	Delegacias e penitenciárias	137
Anexo A	(informativo) Desenho universal e seus princípios.....	138
Anexo B	(informativo) Fatores relevantes de projeto.....	140
B.1	Informação	140
B.2	A importância do uso da sinalização tátil e visual no piso.....	141
B.3	Língua Brasileira de Sinais – Libras.....	141
B.4	Localização da informação	141
B.5	Contraste visual	141
B.6	Determinação das diferenças de luminância – LRV	141
B.7	Diferença entre valores de LRV	142
B.8	Medidor de LRV	142
Anexo C	(informativo) Detalhamento de barras de apoio	143
Anexo D	(informativo) Sanitário para uso por pessoas ostomizadas.....	146
Bibliografia		147

Figuras

Figura 1	– Dimensões referenciais para deslocamento de pessoas em pé	7
Figura 2	– Cadeira de rodas manual, motorizada e esportiva.....	8
Figura 3	– Dimensões do módulo de referência (M.R.).....	9
Figura 4	– Largura para deslocamento em linha reta	9
Figura 5	– Transposição de obstáculos isolados.....	10
Figura 6	– Mobiliários na rota acessível.....	11
Figura 7	– Área para manobra de cadeira de rodas sem deslocamento.....	12
Figura 8	– Área para manobra de cadeiras de rodas com deslocamento	12
Figura 9	– Espaços para cadeira de rodas em áreas confinadas	14
Figura 10	– Proteção contra queda em áreas de circulação com implantação de margem plana	15
Figura 11	– Proteção contra queda em áreas de circulação com adoção de proteção vertical	15
Figura 12	– Proteção contra queda em áreas de circulação com instalação de guarda-corpo	16
Figura 13	– Alcance manual frontal – Pessoa em pé	17
Figura 14	– Alcance manual frontal – Pessoa sentada.....	18
Figura 15	– Alcance manual frontal com superfície de trabalho – Pessoa em cadeira de rodas....	19

Figura 16 – Alcance manual lateral sem deslocamento do tronco.....	20
Figura 17 – Alcance manual lateral e frontal com deslocamento do tronco	21
Figura 18 – Áreas de alcance em superfícies de trabalho – Vista horizontal.....	22
Figura 19 – Áreas de alcance em superfícies de trabalho – Vista lateral	22
Figura 20 – Ângulos ideais para apoio do braço.....	23
Figura 21 – Ângulos para execução de forças de tração e compressão – Plano horizontal	23
Figura 22 – Ângulos para execução de forças de tração e compressão – Plano lateral.....	23
Figura 23 – Empunhadura e seção do corrimão	24
Figura 24 – Localização de maçanetas e puxadores – Exemplos	25
Figura 25 – Controles – Vista lateral.....	25
Figura 26 – Altura para comandos e controles	26
Figura 27 – Dimensões para assentos para pessoas obesas.....	27
Figura 28 – Ângulo de alcance visual – Plano vertical	27
Figura 29 – Ângulo de alcance visual – Plano horizontal.....	28
Figura 30 – Cones visuais da pessoa em pé – Exemplo	29
Figura 31 – Cones visuais da pessoa sentada – Exemplo	30
Figura 32 – Cones visuais da pessoa em cadeira de rodas – Exemplo.....	31
Figura 33 – Arranjo geométrico dos pontos em Braille.....	39
Figura 34 – Formato do relevo do ponto em Braille.....	39
Figura 35 – Símbolo internacional de acesso – SIA.....	41
Figura 36 – Símbolo internacional de pessoas com deficiência visual	42
Figura 37 – Símbolo internacional de pessoas com deficiência auditiva.....	42
Figura 38 – Grávida	43
Figura 39 – Pessoa com criança de colo	43
Figura 40 – Pessoa idosa.....	43
Figura 41 – Pessoa obesa.....	43
Figura 42 – Pessoa com mobilidade reduzida.....	43
Figura 43 – Pessoa com deficiência visual acompanhada de cão-guia.....	43
Figura 44 – Sanitário feminino	43
Figura 45 – Sanitário masculino	43
Figura 46 – Sanitário feminino e masculino	44
Figura 47 – Sanitário feminino acessível	44
Figura 48 – Sanitário masculino acessível	44
Figura 49 – Sanitário feminino e masculino acessível	44
Figura 50 – Sanitário familiar acessível	44
Figura 51 – Elevador	45
Figura 52 – Escada rolante	45
Figura 53 – Escada rolante com degrau para cadeira de rodas	45
Figura 54 – Escada	45
Figura 55 – Escada com plataforma móvel.....	45
Figura 56 – Rampa.....	45
Figura 57 – Esteira rolante.....	45
Figura 58 – Símbolos internacionais de informação	45

Figura 59 – Telefone	45
Figura 60 – Telefone com teclado	45
Figura 61 – Telefone com amplificador sonoro	45
Figura 62 – Sinalização de portas e passagens – Faixa de alcance acessível	46
Figura 63 – Sinalização de corrimão – Vista superior	47
Figura 64 – Sinalização de pavimento – Vista lateral.....	47
Figura 65 – Sinalização de degraus.....	48
Figura 66 – Sinalização do espaço para P.C.R.	50
Figura 67 – Possibilidade de posicionamento do dispositivo de alarme no banheiro – Exemplos	51
Figura 68 – Tratamento de desníveis.....	53
Figura 69 – Espaço reservado para P.C.R. em área de resgate – Exemplos	55
Figura 70 – Dimensionamento de rampas	57
Figura 71 – Rampa em curva – Planta	58
Figura 72 – Guia de balizamento	59
Figura 73 – Patamares das rampas – Vista superior	59
Figura 74 – Altura e largura do degrau.....	60
Figura 75 – Escada com lances curvos – Vista superior.....	61
Figura 76 – Corrimãos em escada e rampa	62
Figura 77 – Corrimãos intermediários interrompidos no patamar	63
Figura 78 – Barra de apoio em degrau isolado único	64
Figura 79 – Corrimão lateral em degrau isolado com dois degraus	65
Figura 80 – Corrimão intermediário com duas alturas em degrau isolado, com dois degraus em planta – Exemplo.....	65
Figura 81 – Sinalização de piso junto à plataforma de elevação inclinada – Vista superior	68
Figura 82 – Espaço para transposição de portas.....	69
Figura 83 – Deslocamento frontal.....	70
Figura 84 – Deslocamento lateral	70
Figura 85 – Vãos de portas de correr e sanfonada	70
Figura 86 – Porta de sanitários e vestiários	71
Figura 87 – Porta do tipo vaivém	72
Figura 88 – Sinalização nas portas e paredes de vidro	73
Figura 89 – Alcance da janela	73
Figura 90 – Faixas de uso da calçada – Corte	75
Figura 91 – Acesso do veículo ao lote	76
Figura 92 – Rampas de acesso provisórias – Vista superior.....	77
Figura 93 – Redução de percurso de travessia – Exemplo	78
Figura 94 – Rebaixamento de calçada – Vista superior.....	79
Figura 95 – Faixa de acomodação para travessia – Corte	79
Figura 96 – Rebaixamento de calçada entre canteiros – Exemplo.....	80
Figura 97 – Rebaixamentos de calçadas estreitas – Exemplo – Vista superior.....	80
Figura 98 – Áreas de transferência e manobra para uso da bacia sanitária	85
Figura 99 – Áreas de aproximação para uso do lavatório.....	86

Figura 100 – Medidas mínimas de um sanitário acessível	86
Figura 101 – Medidas mínimas de um sanitário acessível em caso de reforma – Vista superior...	87
Figura 102 – Dimensões da barra de apoio	88
Figura 103 – Áreas de transferências para a bacia sanitária	89
Figura 104 – Altura da bacia – Vista lateral.....	90
Figura 105 – Bacia com sóculo.....	90
Figura 106 – Bacia convencional com barras de apoio ao fundo e a 90° na parede lateral – Exemplo A.....	91
Figura 107 – Bacia suspensa com barras de apoio ao fundo e a 90° na parede lateral – Exemplo B	92
Figura 108 – Bacia com caixa acoplada barras de apoio ao fundo e a 90° na parede lateral – Exemplo C.....	93
Figura 109 – Sem parede lateral – Bacia convencional ou suspensa, com barras de apoio reta e lateral fixa – Exemplo A	94
Figura 110 – Sem parede lateral – Bacia com caixa acoplada, com barras de apoio reta e lateral fixa – Exemplo B	95
Figura 111 – Sem parede lateral – Bacia com caixa acoplada, com barra de apoio lateral articulada e fixa – Exemplo C.....	96
Figura 112 – Altura máxima de acionamento da válvula de descarga	97
Figura 113 – Área de aproximação frontal – Lavatório	98
Figura 114 – Barra de apoio no lavatório – Vista superior	99
Figura 115 – Barra de apoio no lavatório – Vista lateral	100
Figura 116 – Boxe comum com porta abrindo para o interior	101
Figura 117 – Boxe comum com porta abrindo para o exterior.....	102
Figura 118 – Boxe com duas barras de 90°	102
Figura 119 – Área de aproximação de P.M.R. – Mictório – Vista superior.....	103
Figura 120 – Mictório suspenso.....	103
Figura 121 – Mictório de piso – Vista frontal	104
Figura 122 – Faixa de alcance de acessórios junto ao lavatório – Vista frontal	104
Figura 123 – Altura de instalação do espelho	105
Figura 124 – Localização da papeleira embutida – Vista lateral	105
Figura 125 – Localização da papeleira de sobrepor (rolo) – Vista lateral.....	106
Figura 126 – Localização da papeleira de sobrepor (interfolhado) – Vista lateral	106
Figura 127 – Boxe para chuveiro	107
Figura 128 – Área de transferência para banheira – Plataforma fixa	109
Figura 129 – Área de transferência para banheira – Plataforma móvel	109
Figura 130 – Localização de barras de apoio – Banheira.....	110
Figura 131 – Cabinas para vestiário acessível – Medidas e localização de barras	111
Figura 132 – Bancos de vestiários – Condições de aproximação e área de transferência	112
Figura 133 – Telefone acessível – Medidas para instalação e área de aproximação – Perspectiva	114
Figura 134 – Banco – Área para transferência – Exemplo – Vista superior	116
Figura 135 – Mesa – Medidas e área de aproximação	118

Figura 136 – Refeitórios – Medidas e espaço para circulação – Vista frontal.....	119
Figura 137 – Máquina de atendimento automático – Área de aproximação frontal e alcance visual.....	120
Figura 138 – Ângulo visual dos espaços para P.C.R. em cinemas – Vista lateral.....	122
Figura 139 – Ângulo visual dos espaços para P.C.R. em teatros – Vista lateral	122
Figura 140 – Anteparos em arquibancadas – Vista lateral	123
Figura 141 – Posicionamento, dimensão e cone visual para espaços reservados para P.C.R. e assentos para P.M.R. e P.O. – Planta – Exemplo	124
Figura 142 – Auditório – Perspectiva	125
Figura 143 – Espaços para P.C.R na primeira fileira – Vista superior.....	125
Figura 144 – Espaços para P.C.R na última fileira – Vista superior.....	126
Figura 145 – Espaços para P.C.R em fileira intermediária – Vista superior.....	126
Figura 146 – Assentos para P.M.R. e P.O. – Vista lateral	127
Figura 147 – Dormitório acessível – Área de circulação mínima – Exemplo – Vista superior.....	129
Figura 148 – Cozinha – Área de aproximação e medidas para uso.....	130
Figura 149 – Banco de transferência em piscinas	132
Figura 150 – Escada submersa	133
Figura 151 – Equipamento de transferência para a piscina	133
Figura 152 – Terminais de consulta – Exemplo – Vista lateral.....	135
Figura 153 – Estantes em bibliotecas – Exemplo – Vista frontal.....	136
Figura C.1 – Barra de apoio reta	143
Figura C.2 – Barra de apoio lateral	144
Figura C.3 – Barra de apoio lateral articulada para bacia sanitária.....	144
Figura C.4 – Barra de apoio lateral para lavatório.....	145
Figura C.5 – Barra de apoio a 90°	145
Figura D.1 – Sanitário para uso por pessoas ostomizadas – Vista frontal.....	146

Tabelas

Tabela 1 – Aplicação e formas de informação e sinalização.....	34
Tabela 2 – Aplicação da diferença do LRV na sinalização – Δ LRV	36
Tabela 3 – Crominância.....	37
Tabela 4 – Dimensionamento de rampas	57
Tabela 5 – Dimensionamento de rampas para situações excepcionais	58
Tabela 6 – Resumo da sinalização dos equipamentos eletromecânicos de circulação.....	66
Tabela 7 – Número mínimo de sanitários acessíveis.....	83
Tabela 8 – Meios de acessibilidade para tanques de piscinas	131

Prefácio

A Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) é o Foro Nacional de Normalização. As Normas Brasileiras, cujo conteúdo é de responsabilidade dos Comitês Brasileiros (ABNT/CB), dos Organismos de Normalização Setorial (ABNT/ONS) e das Comissões de Estudo Especiais (ABNT/CEE), são elaboradas por Comissões de Estudo (CE), formadas pelas partes interessadas no tema objeto da normalização.

Os Documentos Técnicos ABNT são elaborados conforme as regras da ABNT Diretiva 2.

A ABNT chama a atenção para que, apesar de ter sido solicitada manifestação sobre eventuais direitos de patentes durante a Consulta Nacional, estes podem ocorrer e devem ser comunicados à ABNT a qualquer momento (Lei nº 9.279, de 14 de maio de 1996).

Os Documentos Técnicos ABNT, assim como as Normas Internacionais (ISO e IEC), são voluntários e não incluem requisitos contratuais, legais ou estatutários. Os Documentos Técnicos ABNT não substituem Leis, Decretos ou Regulamentos, aos quais os usuários devem atender, tendo precedência sobre qualquer Documento Técnico ABNT.

Ressalta-se que os Documentos Técnicos ABNT podem ser objeto de citação em Regulamentos Técnicos. Nestes casos, os órgãos responsáveis pelos Regulamentos Técnicos podem determinar as datas para exigência dos requisitos de quaisquer Documentos Técnicos ABNT.

A ABNT NBR 9050 foi elaborada no Comitê Brasileiro de Acessibilidade (ABNT/CB-040), pela Comissão de Estudo de Acessibilidade em Edificações (CE-040:000.001). O Projeto circulou em Consulta Nacional conforme Edital nº 08, de 20.08.2012 a 18.10.2012. O Projeto de Emenda 1 circulou em Consulta Nacional conforme Edital nº 11, de 21.11.2017 a 21.01.2018.

A ABNT NBR 9050:2020 equivale ao conjunto ABNT NBR 9050:2015 e Emenda 1, de 03.08.2020, que cancela e substitui a ABNT NBR 9050:2015.

Esta versão corrigida da ABNT NBR 9050:2020 incorpora a Errata 1, de 25.01.2021.

O Escopo em inglês desta Norma Brasileira é o seguinte:

Scope

This Standard establishes criteria and technical parameters to be observed when designing, building, and proceeding installation and adjustment of urban buildings to the conditions of accessibility.

To establish these criteria and technical parameters, different conditions of mobility and perception of the environment were considered, including or not the use of help devices, such as prostheses, support equipment, wheelchairs, tracking canes, assistive listening systems or any that can complement individual needs.

This Standard aims to provide autonomous, independent and safe use of environment, buildings, furniture, equipment and urban elements to the greatest amount of people, regardless of age, height or limitation of mobility or perception.

Technical service areas, or restricted areas, such as engine rooms, technical passages, barrels and other similar do not need to be accessible.

Accessibility to buildings, equipment and the urban environment.

Residential multifamily buildings, condominiums and housing need to be accessible in their common areas. Accessible autonomous units need to be located on accessible routes.

NOTE *All spaces, buildings, urban furniture and equipment designed, constructed, assembled or deployed, as well as renovations and expansions of buildings and urban facilities, match the provisions of this standards to be considered accessible.*



Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos

1 Escopo

Esta Norma estabelece critérios e parâmetros técnicos a serem observados quanto ao projeto, construção, instalação e adaptação do meio urbano e rural, e de edificações quanto às condições de acessibilidade.

No estabelecimento desses critérios e parâmetros técnicos, foram consideradas diversas condições de mobilidade e de percepção do ambiente, com ou sem a ajuda de aparelhos específicos, como próteses, aparelhos de apoio, cadeiras de rodas, bengalas de rastreamento, sistemas assistivos de audição ou qualquer outro que venha a complementar as necessidades individuais.

Esta Norma visa proporcionar a utilização de maneira autônoma, independente e segura do ambiente, edificações, mobiliário, equipamentos urbanos e elementos à maior quantidade possível de pessoas, independentemente de idade, estatura ou limitação de mobilidade ou percepção.

As áreas técnicas de serviço ou de acesso restrito, como casas de máquinas, barriletes, passagem de uso técnico, e outros similares, não precisam ser acessíveis.

As edificações residenciais multifamiliares, condomínios e conjuntos habitacionais necessitam ser acessíveis em suas áreas de uso comum. As unidades autônomas acessíveis são localizadas em rota acessível.

NOTA Para serem considerados acessíveis, todos os espaços, edificações, mobiliários e equipamentos urbanos que vierem a ser projetados, construídos, montados ou implantados, bem como as reformas e ampliações de edificações e equipamentos urbanos, atendem ao disposto nesta Norma.

2 Referências normativas

Os documentos relacionados a seguir são indispensáveis à aplicação deste documento. Para referências datadas, aplicam-se somente as edições citadas. Para referências não datadas, aplicam-se as edições mais recentes do referido documento (incluindo emendas).

ABNT NBR 5410, *Instalações elétricas de baixa tensão*

ABNT NBR 9077, *Saídas de emergência em edifícios*

ABNT NBR 10152, *Níveis de ruído para conforto acústico – Procedimento*

ABNT NBR 10283, *Revestimentos eletrolíticos de metais e plásticos sanitários – Requisitos e métodos de ensaio*

ABNT NBR 10339, *Piscinas – Projeto, execução e manutenção*

ABNT NBR 10898, *Sistema de iluminação de emergência*

ABNT NBR 11003, *Tintas – Determinação da aderência*

ABNT NBR 11785, *Barra antipânico – Requisitos*

ABNT NBR 13434 (todas as partes), *Sinalização de segurança contra incêndio e pânico*

ABNT NBR 13713, *Instalações hidráulicas prediais – Aparelhos automáticos acionados mecanicamente e com ciclo de fechamento automático – Requisitos e métodos de ensaio*

ABNT NBR 14718, *Guarda-corpos para edificação*

ABNT NBR 15097 (todas as partes), *Aparelho sanitário de material cerâmico*

ABNT NBR 15250, *Acessibilidade em caixa de autoatendimento bancário*

ABNT NBR 15599, *Acessibilidade – Comunicação na prestação de serviços*

ABNT NBR 16537, *Acessibilidade – Sinalização tátil no piso – Diretrizes para elaboração de projetos e instalação*

ABNT NBR IEC 60529, *Graus de proteção para invólucros de equipamentos elétricos (código IP)*

ABNT NBR ISO 9386 (todas as partes), *Plataformas de elevação motorizadas para pessoas com mobilidade reduzida – Requisitos para segurança, dimensões e operação*

ABNT NBR NM 313, *Elevadores de passageiros – Requisitos de segurança para construção e instalação – Requisitos particulares para a acessibilidade das pessoas, incluindo pessoas com deficiência*

ASTM C609-07, *Measurement of light reflectance value and small color differences between pieces of ceramic tile*

3 Termos, definições e abreviaturas

Para os efeitos deste documento, aplicam-se os seguintes termos, definições e abreviaturas.

3.1 Termos e definições

3.1.1

acessibilidade

possibilidade e condição de alcance, percepção e entendimento para utilização, com segurança e autonomia, de espaços, mobiliários, equipamentos urbanos, edificações, transportes, informação e comunicação, inclusive seus sistemas e tecnologias, bem como outros serviços e instalações abertos ao público, de uso público ou privado, de uso coletivo, tanto na zona urbana como na rural, por pessoa com deficiência ou mobilidade reduzida

3.1.2

acessível

espaços, mobiliários, equipamentos urbanos, edificações, transportes, informação e comunicação, inclusive seus sistemas e tecnologias ou elementos, que possam ser alcançados, acionados, utilizados e vivenciados por qualquer pessoa

3.1.3

adaptável

espaço, edificação, mobiliário, equipamento urbano ou elemento cujas características possam ser alteradas para que se tornem acessíveis

3.1.4**adaptado**

espaço, edificação, mobiliário, equipamento urbano ou elemento cujas características originais foram alteradas posteriormente para serem acessíveis

3.1.5**adequado**

espaço, edificação, mobiliário, equipamento urbano ou elemento cujas características foram originalmente planejadas para serem acessíveis

3.1.6**ajuda técnica**

produtos, equipamentos, dispositivos, recursos, metodologias, estratégias, práticas e serviços que objetivem promover a funcionalidade, relacionada à atividade e à participação da pessoa com deficiência ou mobilidade reduzida, visando a sua autonomia, independência, qualidade de vida e inclusão social

NOTA Esse termo também pode ser denominado “tecnologia assistiva”.

3.1.7**área de aproximação**

espaço sem obstáculos, destinado a garantir manobra, deslocamento e aproximação de todas as pessoas, para utilização de mobiliário ou elemento com autonomia e segurança

3.1.8**área de circulação**

espaço livre de obstáculos, destinado ao uso de todas as pessoas

3.1.9**área de descanso**

área adjacente e interligada às áreas de circulação interna ou externa às edificações, destinada aos usuários que necessitem de paradas temporárias para posterior continuação do trajeto

3.1.10**área de refúgio ou resgate**

área com acesso direto para uma saída, destinada a manter em segurança pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida, enquanto aguardam socorro em situação de sinistro

3.1.11**área de transferência**

espaço livre de obstáculos, correspondente no mínimo a um módulo de referência, a ser utilizado para transferência por pessoa com deficiência ou mobilidade reduzida, observando as áreas de circulação e manobra

3.1.12**banheiro**

cômodo que dispõe de chuveiro ou chuveiro e banheira, bacia sanitária, lavatório, espelho e demais acessórios

3.1.13**calçada**

parte da via, normalmente segregada e em nível diferente, não destinada à circulação de veículos, reservada ao trânsito de pedestres e, quando possível, à implantação de mobiliário, sinalização, vegetação, placas de sinalização e outros fins

3.1.14

calçada rebaixada

rampa construída ou implantada na calçada, destinada a promover a concordância de nível entre esta e o leito carroçável

3.1.15

contraste

diferença perceptível visual, tátil ou sonora

3.1.16

desenho universal

concepção de produtos, ambientes, programas e serviços a serem utilizados por todas as pessoas, sem necessidade de adaptação ou projeto específico, incluindo os recursos de tecnologia assistiva

NOTA O conceito de desenho universal tem como pressupostos: equiparação das possibilidades de uso, flexibilidade no uso, uso simples e intuitivo, captação da informação, tolerância ao erro, mínimo esforço físico, dimensionamento de espaços para acesso, uso e interação de todos os usuários. É composto por sete princípios, que são descritos no Anexo A.

3.1.17

elemento

qualquer dispositivo de comando, acionamento, comutação ou comunicação, como, por exemplo, telefones, intercomunicadores, interruptores, torneiras, registros, válvulas, botoeiras, painéis de comando, entre outros

3.1.18

equipamento urbano

todos os bens públicos e privados, de utilidade pública, destinados à prestação de serviços necessários ao funcionamento da cidade, em espaços públicos e privados

3.1.19

faixa elevada

elevação do nível do leito carroçável, composta por área plana elevada, sinalizada com faixa para travessia de pedestres e rampa de transposição para veículos, destinada a nivelar o leito carroçável às calçadas em ambos os lados da via

3.1.20

faixa de travessia de pedestres

sinalização transversal ao leito carroçável, destinada a ordenar e indicar os deslocamentos dos pedestres para a travessia da via

3.1.21

fatores de impedância

elementos ou condições que possam interferir no fluxo de pedestres, como, por exemplo, mobiliário urbano, entradas de edificações junto ao alinhamento, vitrines junto ao alinhamento, vegetação, postes de sinalização, entre outros

3.1.22

foco de pedestres

indicação luminosa de permissão ou impedimento de locomoção na faixa apropriada

3.1.23

guia de balizamento

elemento edificado ou instalado junto aos limites laterais das superfícies de piso, destinado a definir claramente os limites da área de circulação de pedestres

3.1.24**impraticabilidade**

condição ou conjunto de condições físicas ou legais que possam impedir a adaptação de edificações, mobiliário, equipamentos ou elementos à acessibilidade

3.1.25**linha-guia**

qualquer elemento natural ou edificado que possa ser utilizado como referência de orientação direcional por todas as pessoas, especialmente as com deficiência visual

3.1.26**local de reunião**

espaço interno ou externo que acomode grupo de pessoas reunidas para atividades de lazer, cultural, política, social, educacional, religiosa ou para consumo de alimentos e bebidas

3.1.27**mobiliário urbano**

conjunto de objetos existentes nas vias e nos espaços públicos, superpostos ou adicionados aos elementos de urbanização ou de edificação, de forma que a sua modificação ou o seu traslado não provoquem alterações substanciais nesses elementos, como semáforos, postes de sinalização e similares, terminais e pontos de acesso coletivo às telecomunicações, fontes de água, lixeiras, toldos, marquises, bancos, quiosques e quaisquer outros de natureza análoga

3.1.28**passeio**

parte da calçada ou da pista de rolamento, neste último caso separada por pintura ou elemento físico, livre de interferências, destinada à circulação exclusiva de pedestres e, excepcionalmente, de ciclistas

3.1.29**piso tátil**

piso caracterizado por textura e cor contrastantes em relação ao piso adjacente, destinado a constituir alerta ou linha-guia, servindo de orientação, principalmente, às pessoas com deficiência visual ou baixa visão. São de dois tipos: piso tátil de alerta e piso tátil direcional

3.1.30**rampa**

inclinação da superfície do piso, longitudinal ao sentido de caminamento, com declividade igual ou superior a 5 %

3.1.31**reforma**

intervenção física em edificação, mobiliário, equipamento urbano ou elemento, que implique a modificação de suas características estruturais e funcionais

3.1.32**rota acessível**

trajeto contínuo, desobstruído e sinalizado, que conecte os ambientes externos ou internos de espaços e edificações, e que possa ser utilizado de forma autônoma e segura por todas as pessoas, inclusive aquelas com deficiência e mobilidade reduzida. A rota acessível pode incorporar estacionamentos, calçadas rebaixadas, faixas de travessia de pedestres, pisos, corredores, escadas e rampas, entre outros

3.1.33

rota de fuga

trajeto contínuo, devidamente protegido, constituído por portas, corredores, antecâmaras, passagens externas, balcões, vestibulos, escadas, rampas ou outros dispositivos de saída ou combinações destes, a ser percorrido pelo usuário, em caso de sinistro de qualquer ponto da edificação, até atingir uma área segura

3.1.34

sanitário

cômodo que dispõe de bacia sanitária, lavatório, espelho e demais acessórios

3.1.35

serviço assistido

apoio para auxiliar qualquer pessoa com dificuldade de circular no ambiente ou de utilizar algum equipamento

3.1.36

uso comum

espaços, salas ou elementos, externos ou internos, disponíveis para o uso de um grupo específico de pessoas (por exemplo, salas em edifício de escritórios, ocupadas geralmente por funcionários, colaboradores e eventuais visitantes)

3.1.37

uso público

espaços, salas ou elementos externos ou internos, disponíveis para o público em geral. O uso público pode ocorrer em edificações ou equipamentos de propriedade pública ou privada

3.1.38

uso restrito

espaços, salas ou elementos internos ou externos, disponíveis estritamente para pessoas autorizadas (por exemplo, casas de máquinas, barriletes, passagem de uso técnico e outros com funções similares)

3.1.39

utilização acompanhada

uso de equipamento com presença de pessoal habilitado em todas as etapas do percurso

3.1.40

utilização autônoma

uso de equipamento com autonomia total em todas as etapas do percurso

3.1.41

vestiários

cômodo para a troca de roupa, podendo ser em conjunto com banheiros ou sanitários

NOTA Os termos barreiras, pessoa com deficiência e pessoa com mobilidade reduzida estão definidos em legislação vigente.

3.2 Abreviaturas

M.R. – módulo de referência;

P.C.R. – pessoa em cadeira de rodas;

P.M.R. – pessoa com mobilidade reduzida;

P.O. – pessoa obesa;

L.H. – linha do horizonte.

4 Parâmetros antropométricos

Para a determinação das dimensões referenciais, foram consideradas as medidas entre 5 % a 95 % da população brasileira, ou seja, os extremos correspondentes a mulheres de baixa estatura e homens de estatura elevada.

4.1 Pessoas em pé

A Figura 1 apresenta dimensões referenciais para deslocamento de pessoas em pé.

Dimensões em metros

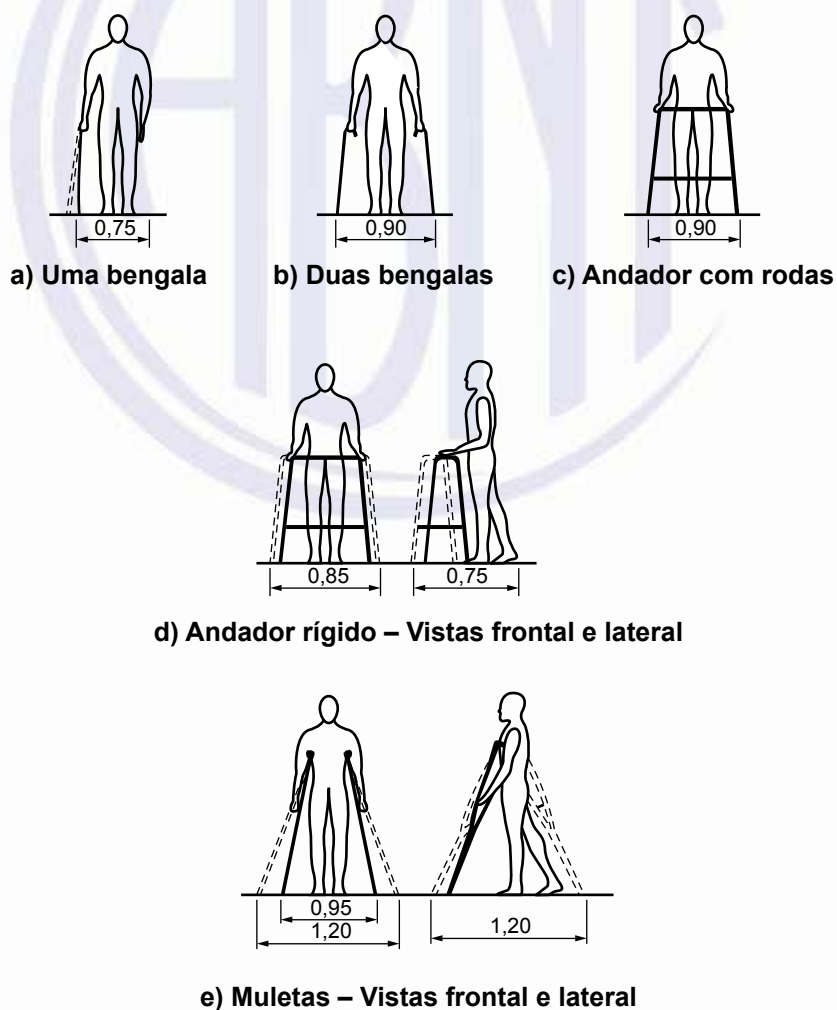


Figura 1 – Dimensões referenciais para deslocamento de pessoas em pé (continua)

Dimensões em metros

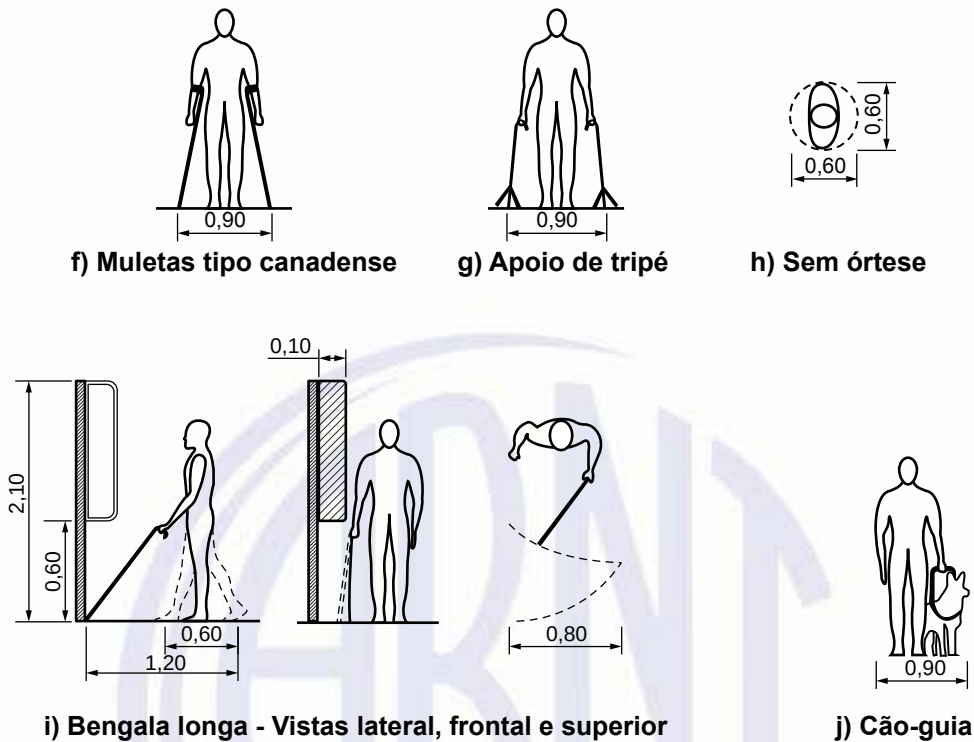


Figura 1 (conclusão)

4.2 Pessoas em cadeira de rodas (P.C.R.)

4.2.1 Cadeira de rodas

A Figura 2 apresenta dimensões referenciais para cadeiras de rodas manuais ou motorizadas, sem scooter (reboque). A largura mínima frontal das cadeiras esportivas ou cambadas é de 1,00 m.

Dimensões em metros

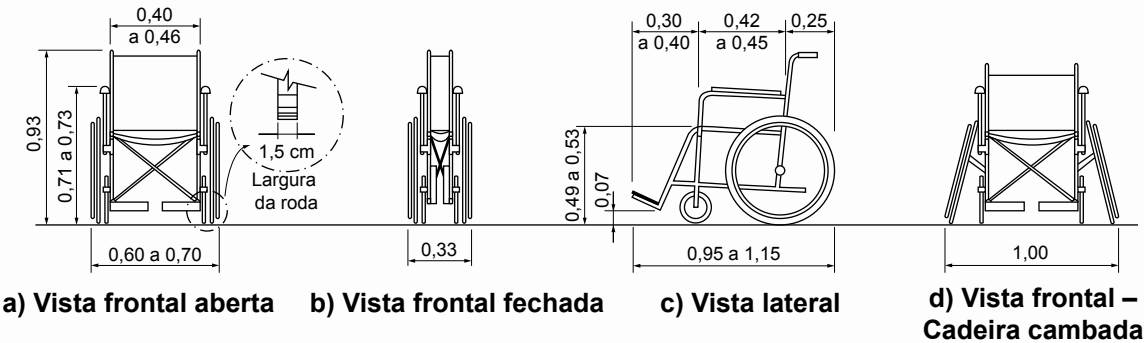
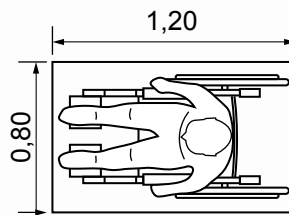


Figura 2 – Cadeira de rodas manual, motorizada e esportiva

4.2.2 Módulo de referência (M.R.)

Considera-se o módulo de referência a projeção de 0,80 m por 1,20 m no piso, ocupada por uma pessoa utilizando cadeira de rodas motorizadas ou não, conforme a Figura 3.

Dimensões em metros

**Figura 3 – Dimensões do módulo de referência (M.R.)**

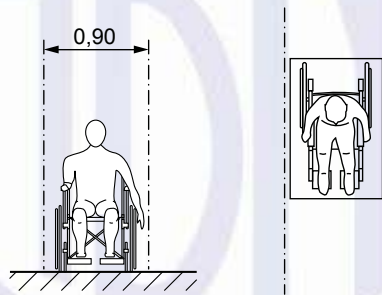
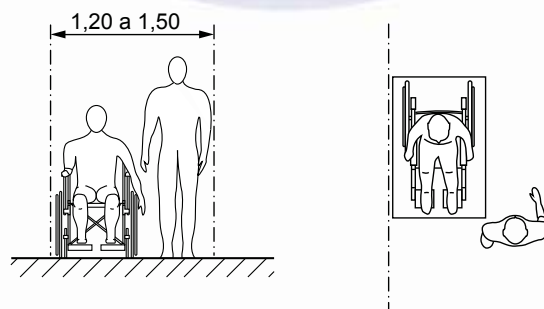
4.3 Área de circulação e manobra

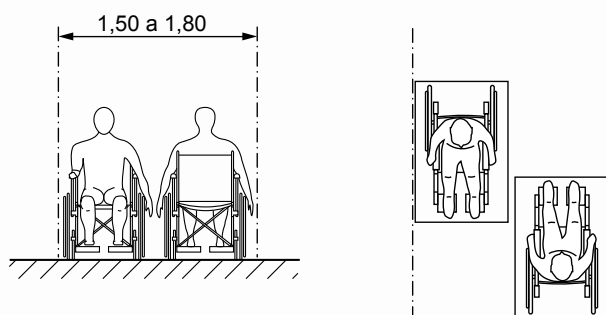
Os parâmetros apresentados nesta subseção também se aplicam às crianças em cadeiras de rodas infantis.

4.3.1 Largura para deslocamento em linha reta de pessoas em cadeira de rodas

A Figura 4 mostra dimensões referenciais para deslocamento em linha reta de pessoas em cadeiras de rodas.

Dimensões em metros

**a) Uma pessoa em cadeira de rodas – Vistas frontal e superior****b) Um pedestre e uma pessoa em cadeira de rodas – Vistas frontal e superior****Figura 4 – Largura para deslocamento em linha reta (continua)**



c) Duas pessoas em cadeira de rodas – Vistas frontal e superior

Figura 4 (conclusão)

4.3.2 Largura para transposição de obstáculos isolados

A Figura 5 mostra dimensões referenciais para a transposição de obstáculos isolados por pessoas em cadeiras de rodas.

A largura mínima necessária para a transposição de obstáculo isolado com extensão de no máximo 0,40 m deve ser de 0,80 m, conforme a Figura 5. Quando o obstáculo isolado tiver uma extensão acima de 0,40 m, a largura mínima deve ser de 0,90 m.

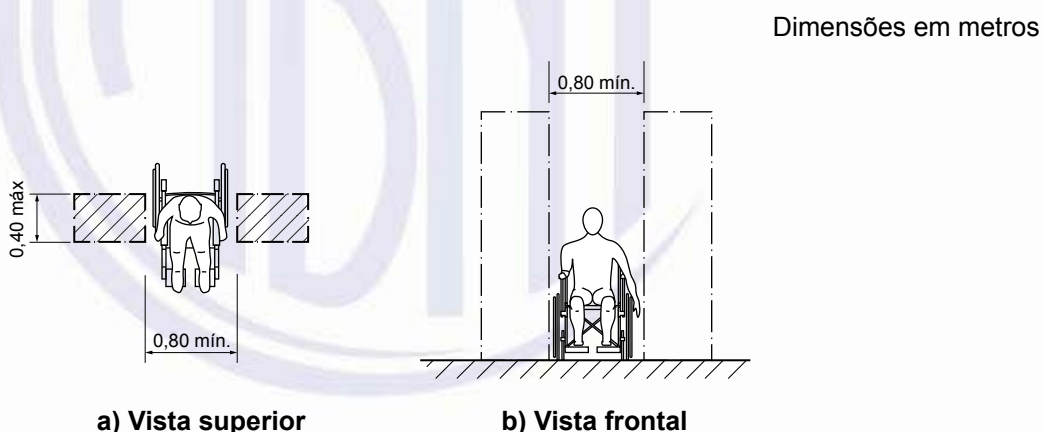


Figura 5 – Transposição de obstáculos isolados

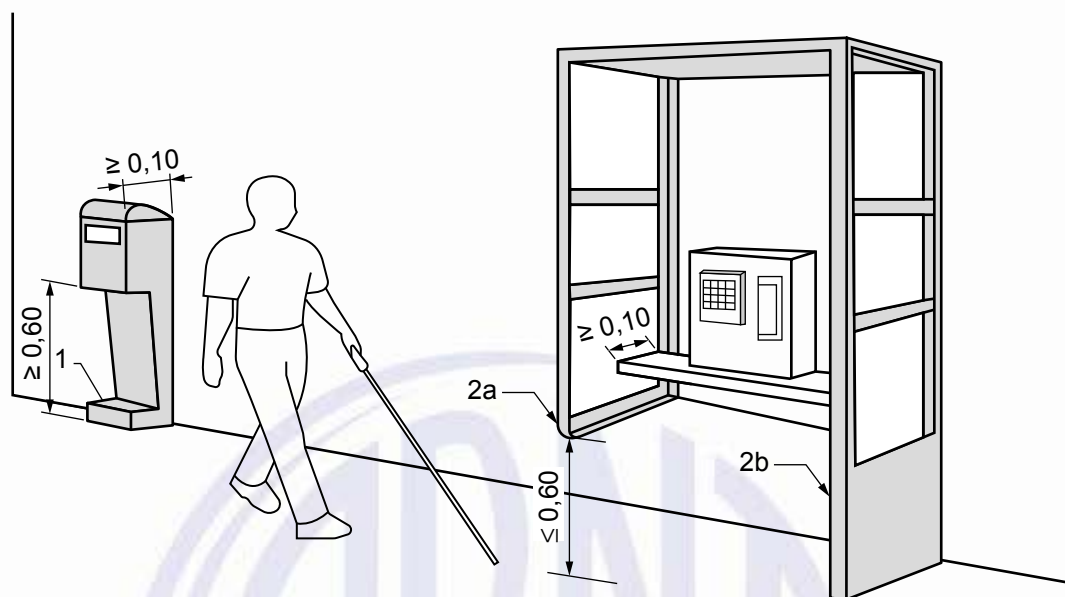
4.3.3 Mobiliários na rota acessível

Mobiliários com altura entre 0,60 m até 2,10 m do piso podem representar riscos para pessoas com deficiências visuais, caso tenham saliências com mais de 0,10 m de profundidade.

Quando da impossibilidade de um mobiliário ser instalado fora da rota acessível, ele deve ser projetado com diferença mínima em valor de reflexão da luz (LRV) de 30 pontos, em relação ao plano de fundo, conforme definido em 5.2.9.1.1, e ser detectável com bengala longa ou atender ao descrito em 5.4.6.

A Figura 6 apresenta possibilidades que dispensam a instalação de sinalização tátil e visual de alerta.

Dimensões em metros

**Legenda**

- 1 borda ou saliência detectável com bengala longa, instalada na projeção de um mobiliário suspenso, desde que não seja necessária a aproximação de pessoas em cadeiras de rodas
- 2a instalada suspensa, a menos de 0,60 m acima do piso ou
- 2b proteção lateral instalada desde o piso

Figura 6 – Mobiliários na rota acessível**4.3.4 Área para manobra de cadeiras de rodas sem deslocamento**

As medidas necessárias para a manobra de cadeira de rodas sem deslocamento, conforme a Figura 7, são:

- a) para rotação de 90° = 1,20 m × 1,20 m;
- b) para rotação de 180° = 1,50 m × 1,20 m;
- c) para rotação de 360° = círculo com diâmetro de 1,50 m.

Dimensões em metros

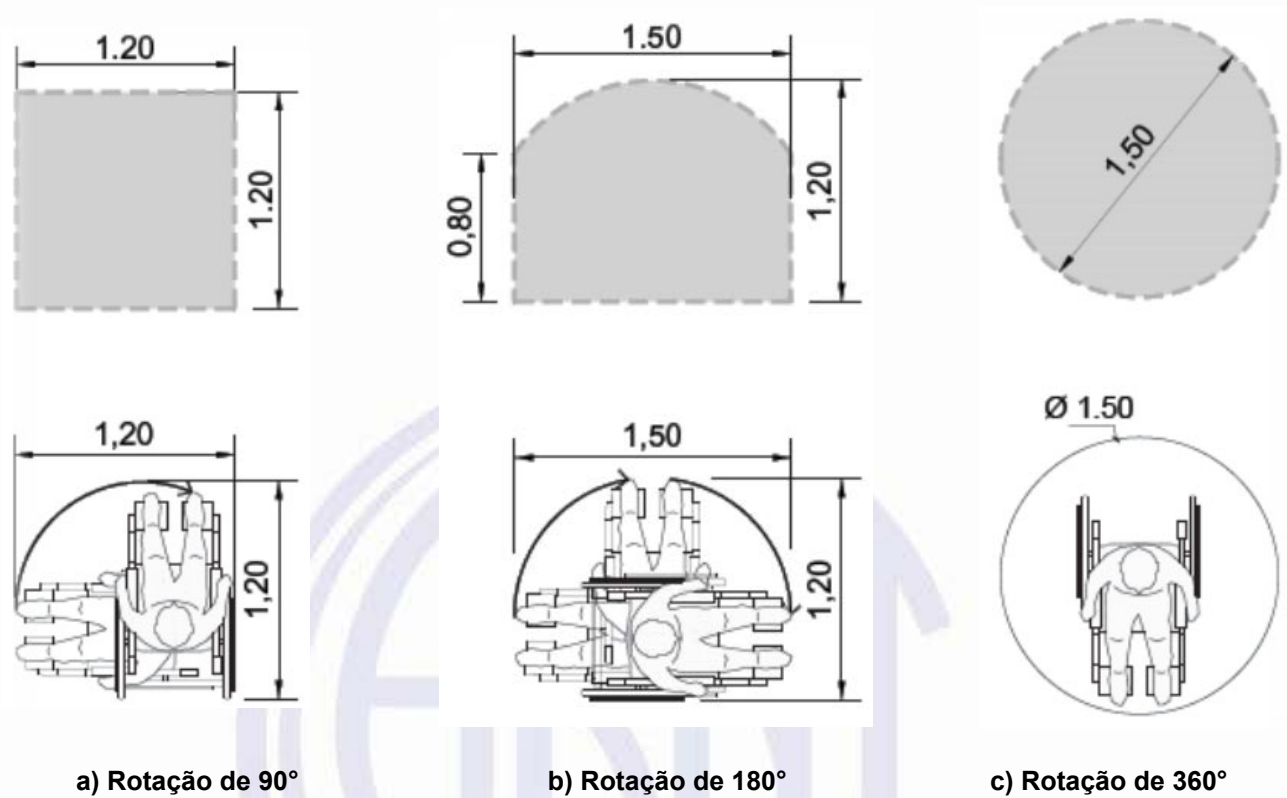


Figura 7 – Área para manobra de cadeira de rodas sem deslocamento

4.3.5 Manobra de cadeiras de rodas com deslocamento

A Figura 8 exemplifica condições para manobra de cadeiras de rodas com deslocamento.

Dimensões em metros

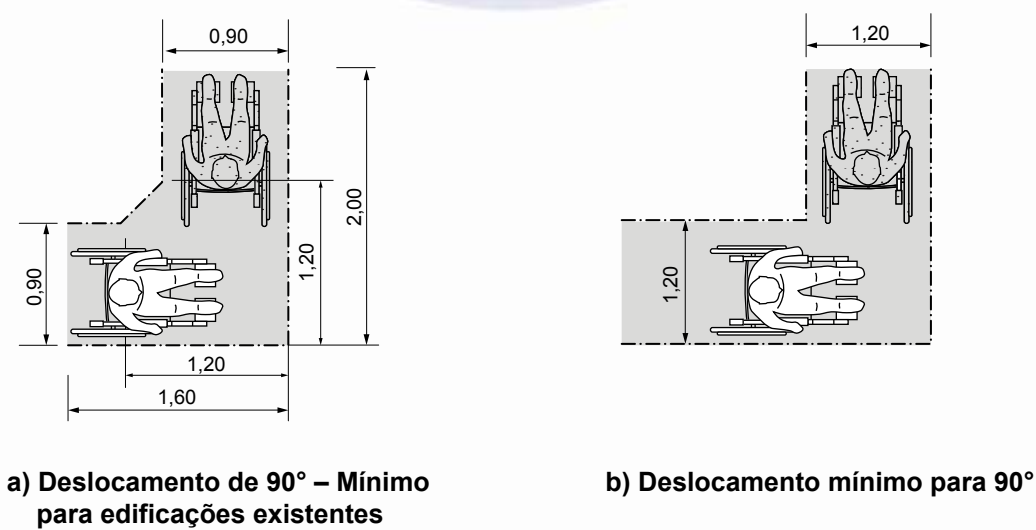
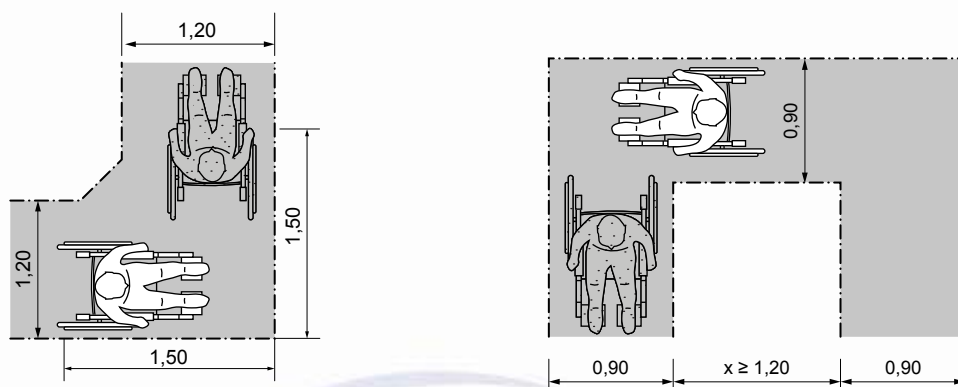
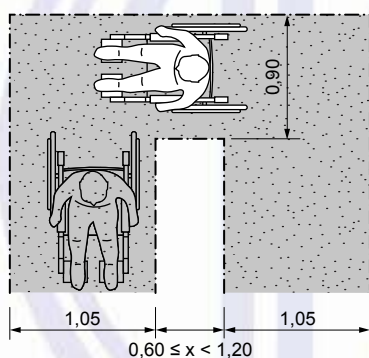
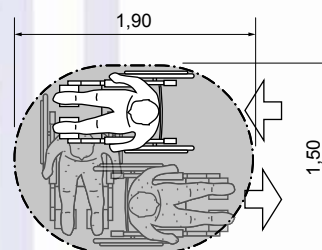


Figura 8 – Área para manobra de cadeiras de rodas com deslocamento (continua)

Dimensões em metros



c) Deslocamento recomendável para 90°

d) Deslocamento consecutivo de 90°
com percurso intermediário – Caso 1e) Deslocamento consecutivo de 90°
com percurso intermediário – Caso 2

f) Deslocamento de 180°

Figura 8 (conclusão)

4.3.6 Posicionamento de cadeiras de rodas em espaços confinados

A Figura 9 exemplifica condições para posicionamento de cadeiras de rodas em nichos ou espaços confinados.

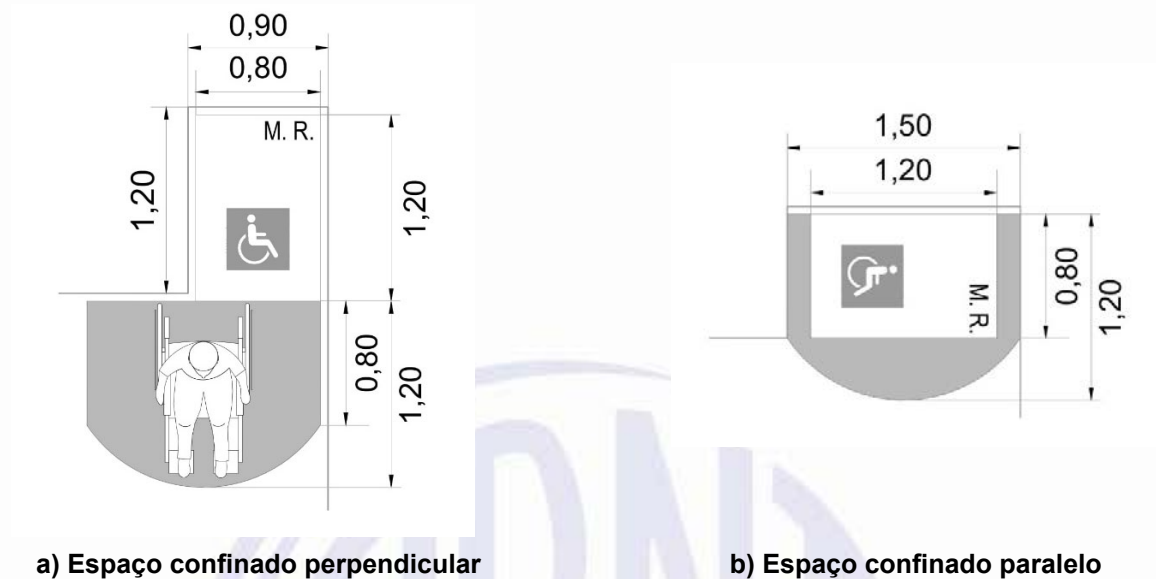


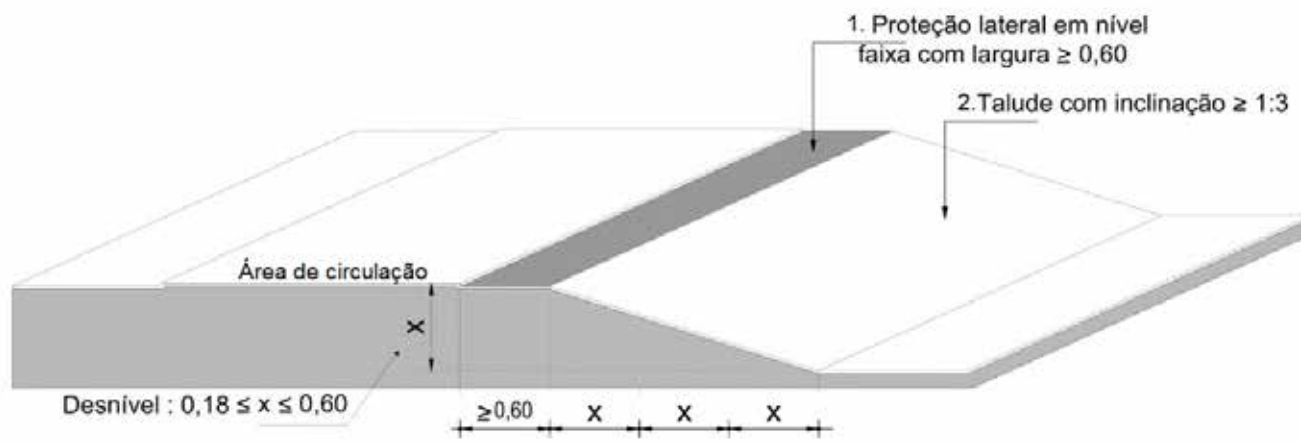
Figura 9 – Espaços para cadeira de rodas em áreas confinadas

4.3.7 Proteção contra queda ao longo das áreas de circulação

Devem ser previstas proteções contra queda em áreas de circulação limitadas por superfícies laterais, planas ou inclinadas, com declives em relação ao plano de circulação, e que tenham a altura do desnível igual ou acima de 0,18 m. Excetuam-se locais de embarque e desembarque de transportes coletivos. Em 4.3.7.1, 4.3.7.2 e 4.3.7.3, e nas Figuras 10, 11, 12, respectivamente, são apresentados modelos de medidas de proteção.

4.3.7.1 A implantação de margem plana localizada ao lado da faixa de circulação deve ter pelo menos 0,60 m de largura antes do trecho em desnível. A faixa de proteção deve ter piso diferenciado quanto ao contraste tátil e visual de no mínimo 30 pontos, aferidos pelo valor da luz refletida (LRV), conforme 5.2.9.1.1, em relação ao piso da área de circulação.

Dimensões em metros

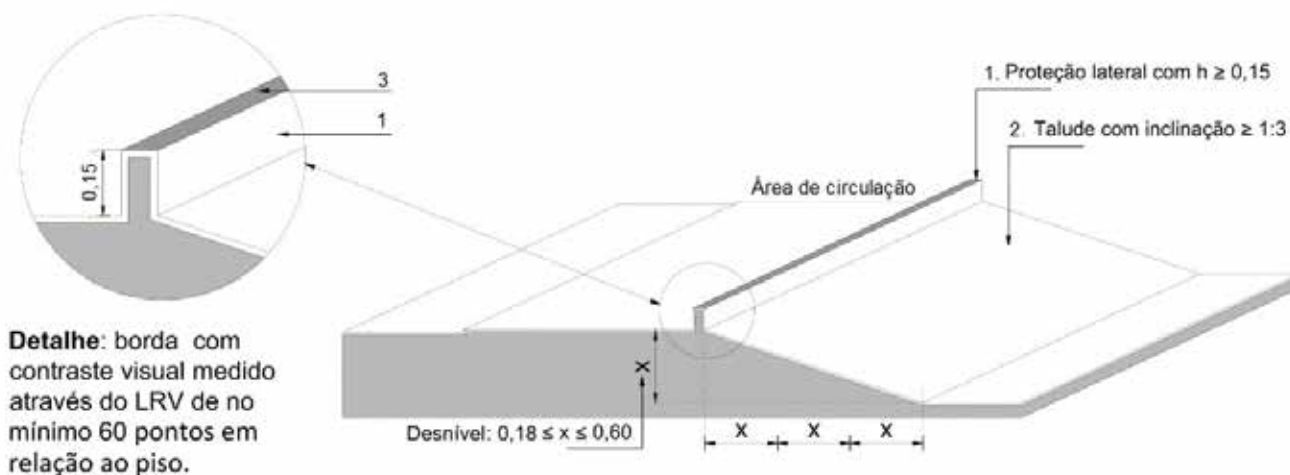
**Legenda**

- 1 proteção lateral em nível com no mínimo 0,60 m de largura
- 2 desnível entre 0,18 m e 0,60 m e inclinação igual ou superior a 1:3

Figura 10 – Proteção contra queda em áreas de circulação com implantação de margem plana

4.3.7.2 A adoção de proteção vertical de no mínimo 0,15 m de altura e superfície de topo com contraste visual de no mínimo 60 pontos aferidos pelo valor da luz refletida (LRV), conforme 5.2.9.1.1, em relação ao piso da área de circulação.

Dimensões em metros



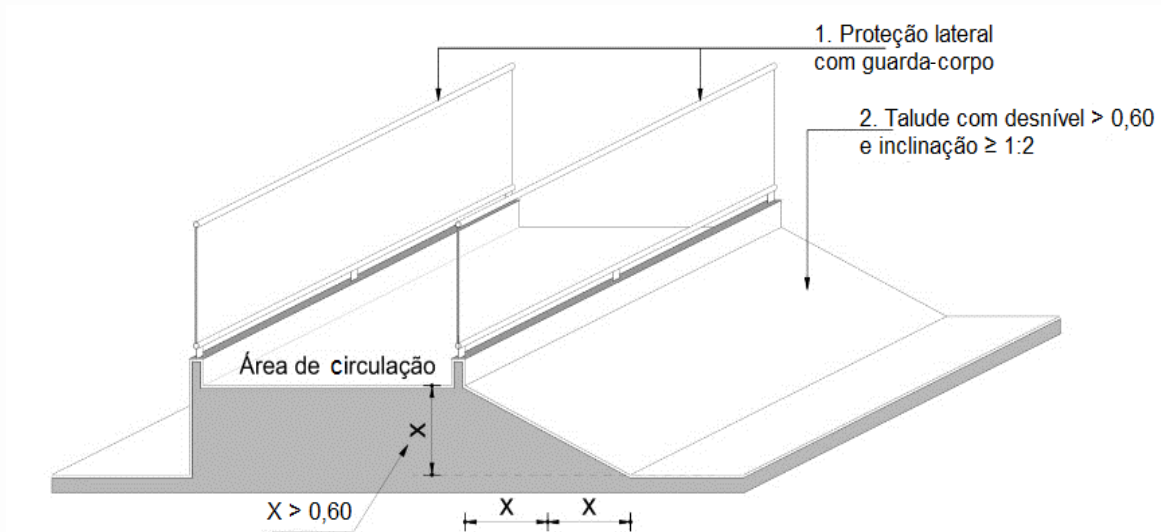
Detalhe: borda com contraste visual medido através do LRV de no mínimo 60 pontos em relação ao piso.

Legenda

- 1 proteção lateral com no mínimo 0,15 m de altura e superfície de topo com contraste visual
- 2 desnível entre 0,18 m e 0,60 m e inclinação igual ou superior a 1:3
- 3 contraste visual medido através do LRV (valor da luz refletida) de no mínimo 60 pontos em relação ao piso

Figura 11 – Proteção contra queda em áreas de circulação com adoção de proteção vertical

4.3.7.3 A instalação de proteção lateral com características de guarda-corpo em áreas de circulação elevadas, rampas e terraços sem vedação lateral, que esteja delimitada em um ou ambos os lados por superfície que se incline para baixo com desnível superior a 0,60 m e inclinação igual ou superior a 1:2.



Legenda

- 1 proteção lateral com guarda-corpo
- 2 desnível superior a 0,60 m e inclinação igual ou superior a 1:2

Figura 12 – Proteção contra queda em áreas de circulação com instalação de guarda-corpo

4.4 Área de transferência

4.4.1 A área de transferência deve ter no mínimo as dimensões do M.R., conforme 4.2.2.

4.4.2 Devem ser garantidas as condições de deslocamento e manobra para o posicionamento do M.R. junto ao local de transferência.

4.4.3 A altura do assento do local para o qual for feita a transferência deve ser semelhante à do assento da cadeira de rodas.

4.4.4 Nos locais de transferência, devem ser instaladas barras de apoio, nas situações previstas nas Seções 7 a 10.

4.4.5 Para a realização da transferência, deve ser garantido um ângulo de alcance que permita a execução adequada das forças de tração e compressão (ver 4.6.4).

NOTA Diversas situações de transferência estão ilustradas nas Seções 7 a 10.

4.5 Área de aproximação

Deve ser garantido o posicionamento frontal ou lateral da área definida pelo M.R. em relação ao objeto, avançando sob este entre 0,25 m e 0,50 m, em função da atividade a ser desenvolvida (ver 4.3 e 4.6).

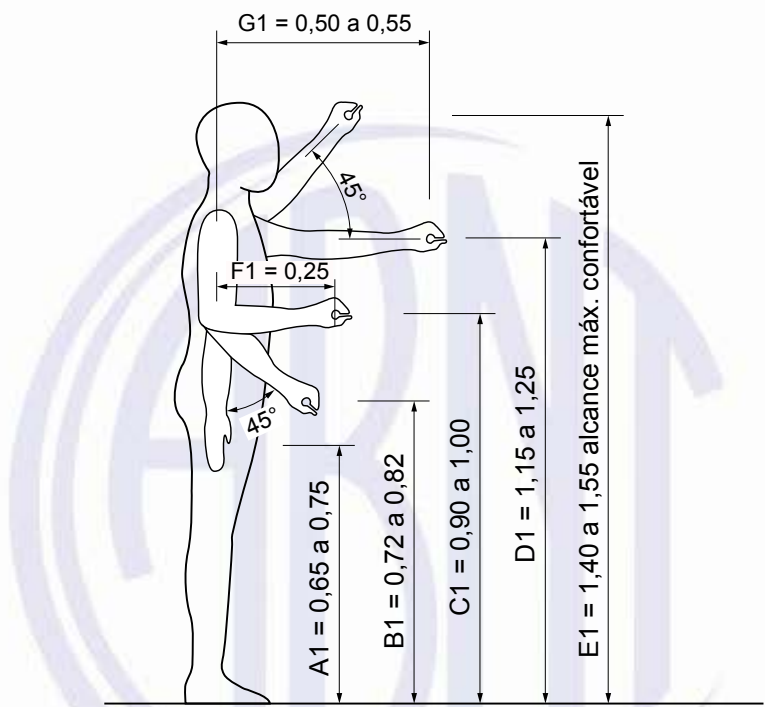
NOTA Diversas situações de aproximação estão ilustradas nas Seções 7 a 10.

4.6 Alcance manual

4.6.1 Dimensões referenciais para alcance manual

As Figuras 13 a 15 exemplificam as dimensões máximas, mínimas e confortáveis para alcance manual frontal.

Dimensões em metros

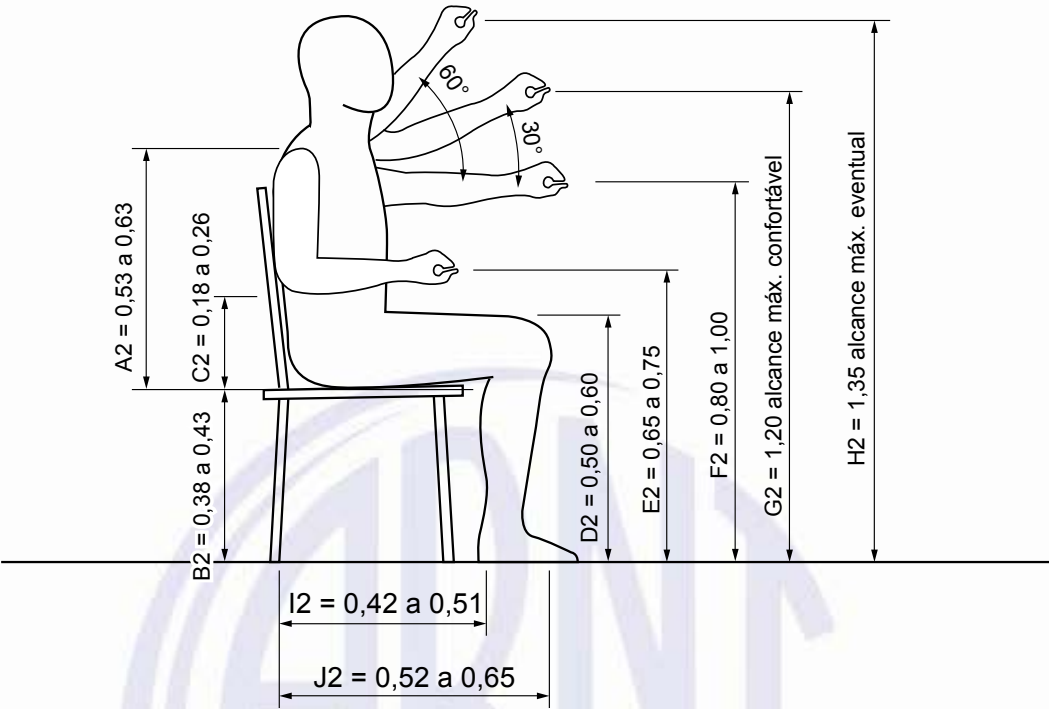


Legenda

- A1 altura do centro da mão estendida ao longo do eixo longitudinal do corpo
- B1 altura do piso até o centro da mão, com o antebraço formando ângulo de 45° com o tronco
- C1 altura do centro da mão, com o antebraço em ângulo de 90° com o tronco
- D1 altura do centro da mão, com o braço estendido paralelamente ao piso
- E1 altura do centro da mão, com o braço estendido formando 45° com o piso = alcance máximo confortável
- F1 comprimento do antebraço (do centro do cotovelo ao centro da mão)
- G1 comprimento do braço na horizontal, do ombro ao centro da mão

Figura 13 – Alcance manual frontal – Pessoa em pé

Dimensões em metros

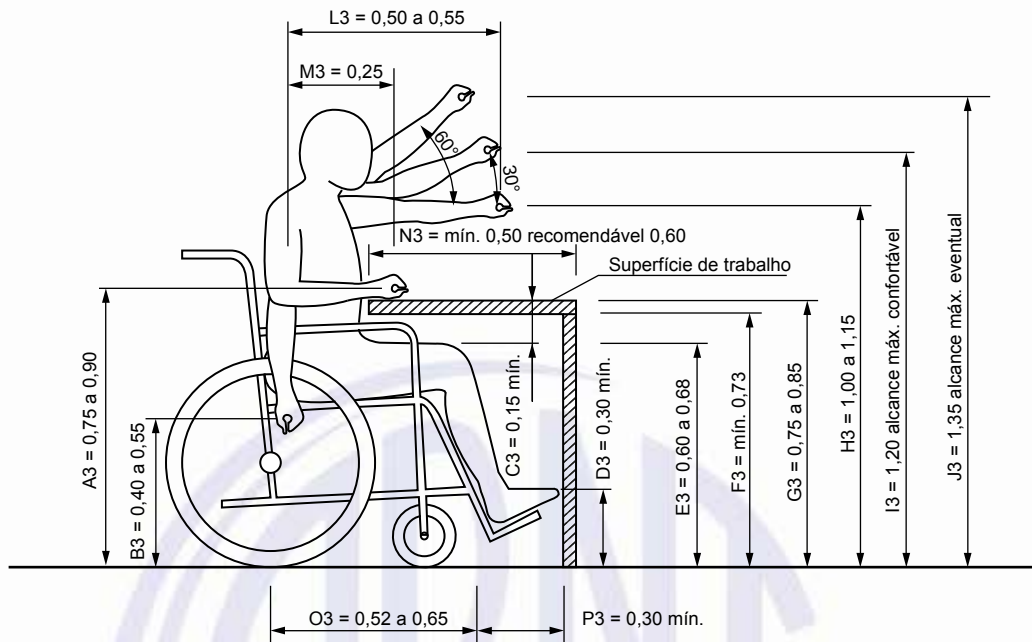


Legenda

- A2 altura do ombro até o assento
- B2 altura da cavidade posterior do joelho (*popliteal*) até o piso
- C2 altura do cotovelo até o assento
- D2 altura dos joelhos até o piso
- E2 altura do centro da mão, com o antebraço em ângulo de 90° com o tronco
- F2 altura do centro da mão, com o braço estendido paralelamente ao piso
- G2 altura do centro da mão, com o braço estendido formando 30° com o piso = alcance máximo confortável
- H2 altura do centro da mão, com o braço estendido formando 60° com o piso = alcance máximo eventual
- I2 profundidade da nádega à parte posterior do joelho
- J2 profundidade da nádega à parte anterior do joelho

Figura 14 – Alcance manual frontal – Pessoa sentada

Dimensões em metros



Legenda

- A3 altura do centro da mão, com o antebraço formando 90° com o tronco
- B3 altura do centro da mão estendida ao longo do eixo longitudinal do corpo
- C3 altura mínima livre entre a coxa e a parte inferior de objetos e equipamentos
- D3 altura mínima livre para encaixe dos pés
- E3 altura do piso até a parte superior da coxa
- F3 altura mínima livre para encaixe da cadeira de rodas sob o objeto
- G3 altura das superfícies de trabalho ou mesas
- H3 altura do centro da mão, com o braço estendido paralelamente ao piso
- I 3 altura do centro da mão, com o braço estendido formando 30° com o piso = alcance máximo confortável
- J3 altura do centro da mão, com o braço estendido formando 60° com o piso = alcance máximo eventual
- L3 comprimento do braço na horizontal, do ombro ao centro da mão
- M3 comprimento do antebraço (do centro do cotovelo ao centro da mão)
- N3 profundidade da superfície de trabalho necessária para aproximação total
- O3 profundidade da nádega à parte superior do joelho
- P3 profundidade mínima necessária para encaixe dos pés

Figura 15 – Alcance manual frontal com superfície de trabalho – Pessoa em cadeira de rodas

4.6.2 Aplicação das dimensões referenciais para alcance manual lateral de pessoa em cadeira de rodas

A Figura 16 apresenta as aplicações das relações entre altura e profundidade para o alcance manual lateral de pessoas em cadeiras de rodas, sem deslocamento do tronco.

Dimensões em metros

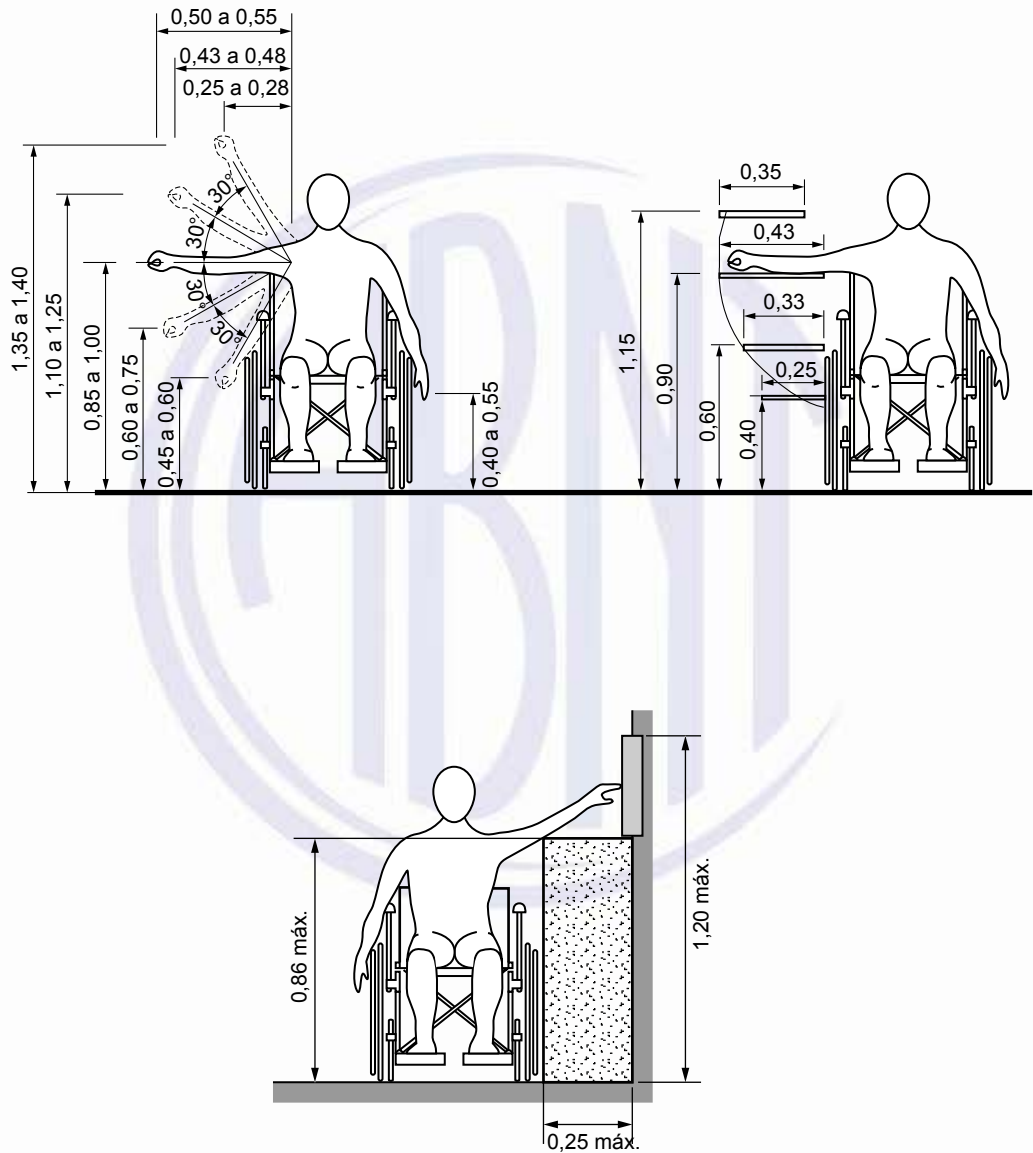


Figura 16 – Alcance manual lateral sem deslocamento do tronco

A Figura 17 apresenta as aplicações das relações entre altura e profundidade para o alcance manual lateral de pessoas em cadeiras de rodas, com deslocamento do tronco.

Dimensões em metros

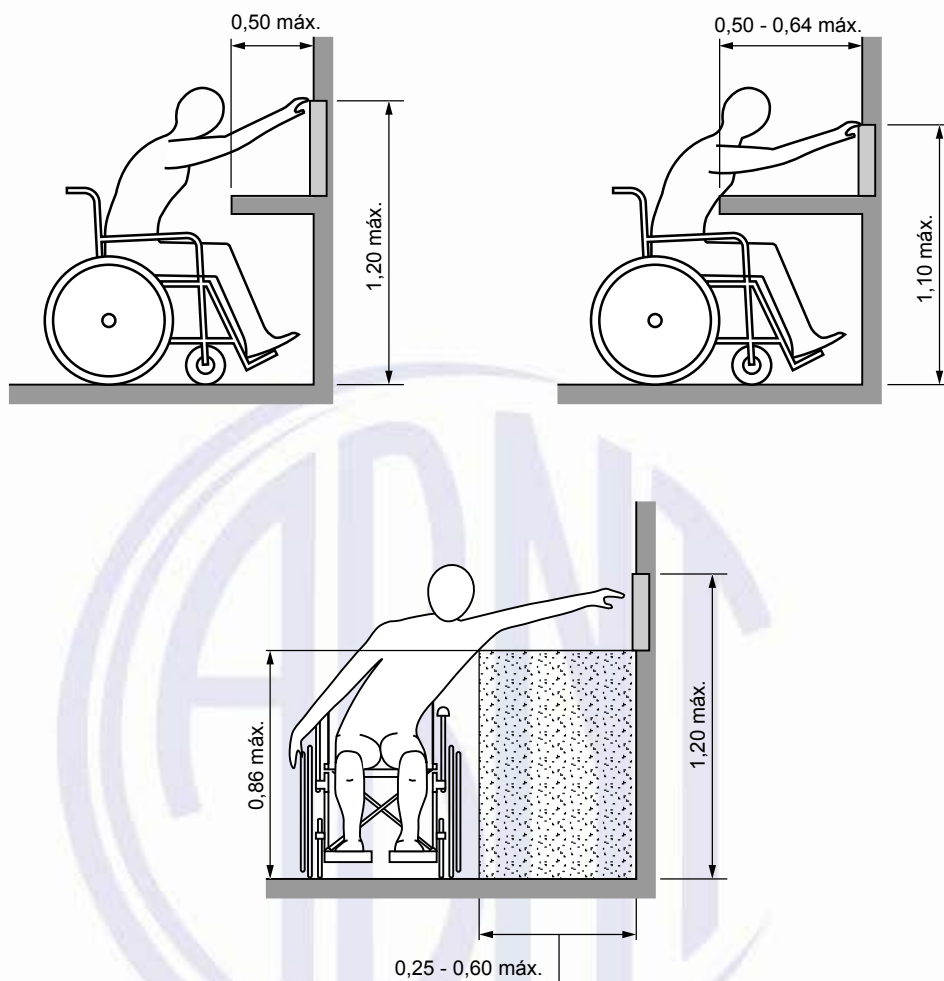


Figura 17 – Alcance manual lateral e frontal com deslocamento do tronco

4.6.3 Superfície de trabalho

A superfície de trabalho acessível é um plano horizontal ou inclinado para desenvolvimento de tarefas manuais ou leitura.

A Figura 18 apresenta, na vista horizontal, as áreas de alcance em superfícies de trabalho, conforme o seguinte:

- a) $A1 \times A2 = 1,50 \text{ m} \times 0,50 \text{ m}$ = alcance máximo para atividades eventuais;
- b) $B1 \times B2 = 1,00 \text{ m} \times 0,40 \text{ m}$ = alcance para atividades sem necessidade de precisão;
- c) $C1 \times C2 = 0,35 \text{ m} \times 0,25 \text{ m}$ = alcance para atividades por tempo prolongado.

Dimensões em metros

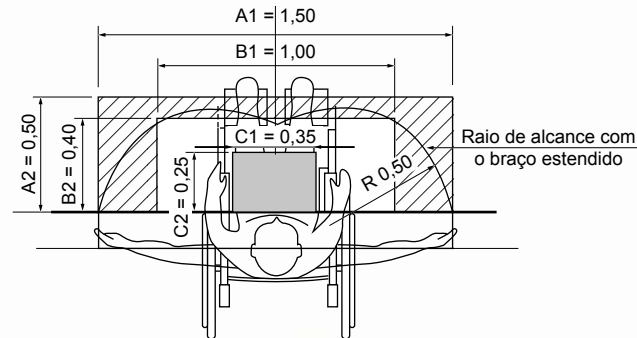


Figura 18 – Áreas de alcance em superfícies de trabalho – Vista horizontal

As áreas de alcance em superfícies de trabalho, em vista lateral, devem atender à Figura 19 e ao seguinte:

- altura livre de no mínimo 0,73 m entre o piso e a superfície inferior;
- altura entre 0,75 m a 0,85 m entre o piso e a sua superfície superior;
- profundidade inferior livre mínima de 0,50 m, para garantir a aproximação da pessoa em cadeira de rodas.

Dimensões em metros

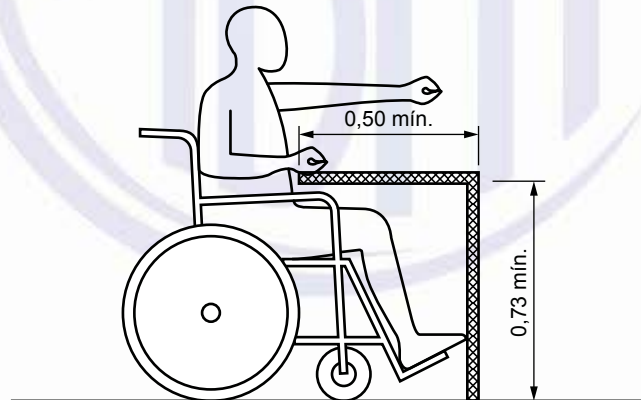


Figura 19 – Áreas de alcance em superfícies de trabalho – Vista lateral

A superfície de trabalho deve possibilitar o apoio dos cotovelos no plano frontal, com ângulo entre 15° e 20° de abertura do braço em relação ao tronco, e no plano lateral, com 25° em relação ao tronco, conforme a Figura 20.

Dimensões em metros

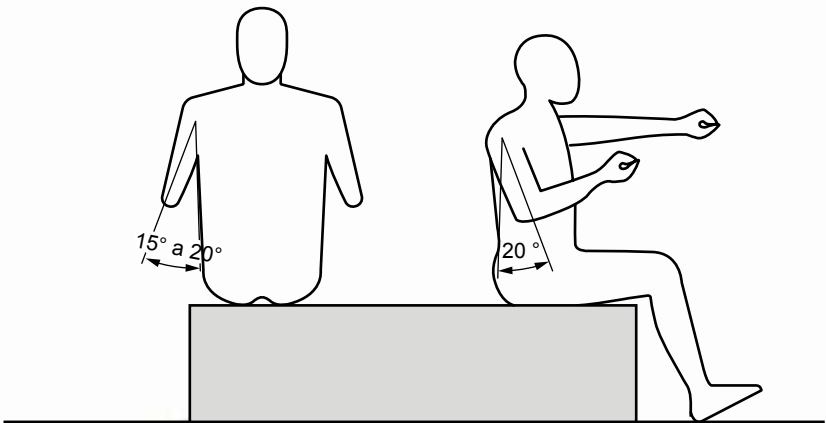


Figura 20 – Ângulos ideais para apoio do braço

4.6.4 Ângulos para execução de forças de tração e compressão

As Figuras 21 e 22 mostram ângulos e dimensões para execução adequada de forças de tração e compressão.

Dimensões em metros

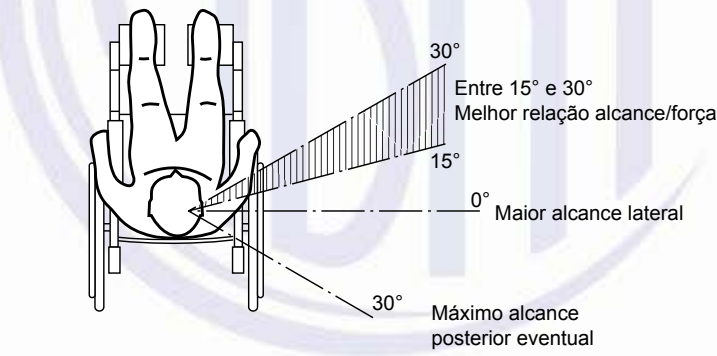


Figura 21 – Ângulos para execução de forças de tração e compressão – Plano horizontal

Dimensões em metros

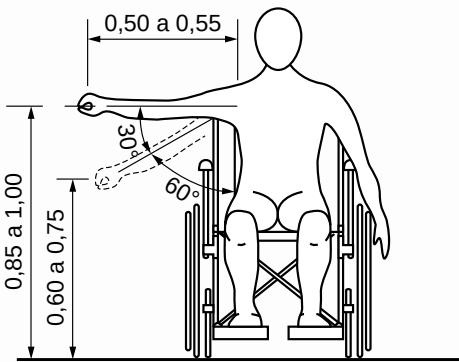
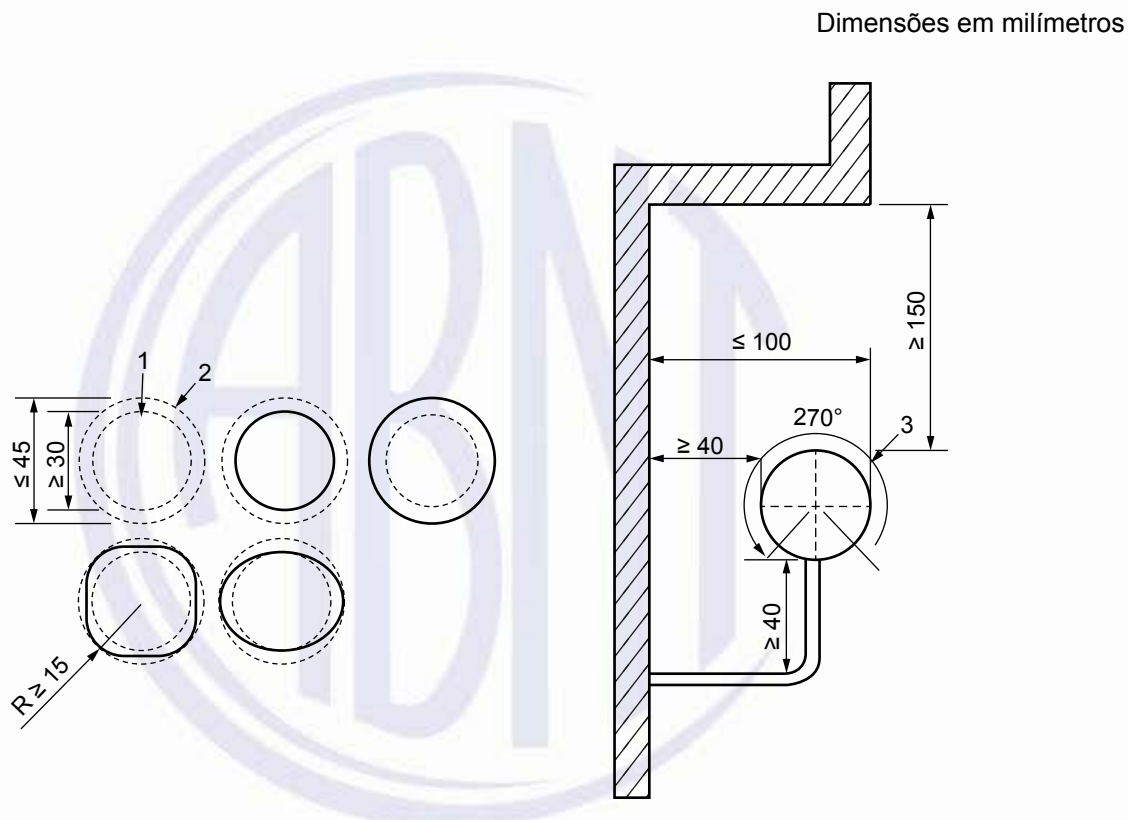


Figura 22 – Ângulos para execução de forças de tração e compressão – Plano lateral

4.6.5 Empunhadura

Objetos como corrimãos e barras de apoio, entre outros, devem estar afastados no mínimo 40 mm da parede ou com obstáculos. Quando o objeto for embutido em nichos, deve-se prever também uma distância livre mínima de 150 mm, conforme a Figura 23. Corrimãos e barras de apoio, entre outros, devem ter seção circular com diâmetro entre 30 mm e 45 mm, ou seção elíptica, desde que a dimensão maior seja de 45 mm e a menor de 30 mm. São admitidos outros formatos de seção, desde que a sua parte superior atenda às condições desta Subseção. Deve-se garantir um arco da seção do corrimão de 270°.



Legenda

- 1 medida da menor seção do corrimão
- 2 medida da maior seção do corrimão
- 3 arco da seção do corrimão

Figura 23 – Empunhadura e seção do corrimão

4.6.6 Maçanetas, barras antipânico e puxadores

Os elementos de acionamento para abertura de portas devem possuir formato de fácil pega, não exigindo firmeza, precisão ou torção do pulso para o seu acionamento.

4.6.6.1 As maçanetas devem, preferencialmente, ser do tipo alavanca, possuir pelo menos 100 mm de comprimento e acabamento sem arestas e recurvado na extremidade, apresentando uma distância mínima de 40 mm da superfície da porta. As maçanetas devem ser instaladas a uma altura que pode variar entre 0,80 m e 1,10 m do piso acabado, conforme a Figura 24.

4.6.6.2 Os puxadores verticais para portas devem ter diâmetro entre 25 mm e 35 mm, com afastamento de no mínimo 40 mm entre o puxador e a superfície da porta. O puxador vertical deve ter comprimento mínimo de 0,30 m, afastado 0,10 m do batente. Os puxadores devem ser instalados a uma altura medida da metade do puxador até o piso acabado de 0,80 m a 1,10 m, conforme a Figura 24.

4.6.6.3 Os puxadores horizontais para portas devem ter diâmetro entre 25 mm e 35 mm, com afastamento de no mínimo 40 mm entre o puxador e a superfície da porta. O puxador horizontal deve ter comprimento mínimo de 0,40 m, afastado 0,10 m do batente (do lado das dobradiças), conforme a Figura 24. Os puxadores devem ser instalados na altura da maçaneta e, na sua inexistência, a uma altura entre 0,80 m a 1,10 m, medida do eixo do puxador ao piso acabado. Em caso de porta de sanitários, devem atender aos requisitos de 6.11.2.7.

4.6.6.4 As barras antipânico devem ser apropriadas ao tipo de porta em que são instaladas e devem atender integralmente ao disposto na ABNT NBR 11785. Se instaladas em portas corta-fogo, devem apresentar tempo requerido de resistência ao fogo compatível com a resistência ao fogo destas portas. As barras antipânico devem ser instaladas a uma altura de 0,90 m do piso acabado.

Dimensões em metros

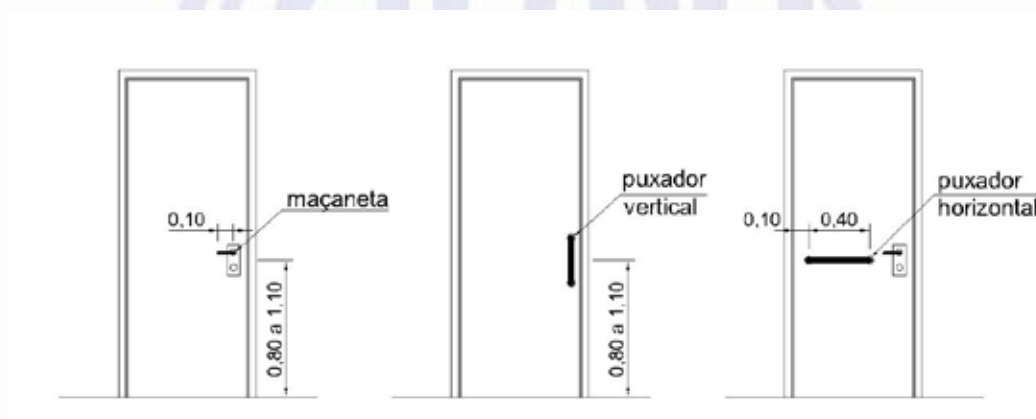


Figura 24 – Localização de maçanetas e puxadores – Exemplos

4.6.7 Controles (dispositivos de comando ou acionamento)

Os controles, botões, teclas e similares devem ser acionados por meio de pressão ou de alavanca. Recomenda-se que pelo menos uma de suas dimensões seja igual ou superior a 2,5 cm, conforme a Figura 25.

Dimensões em centímetros

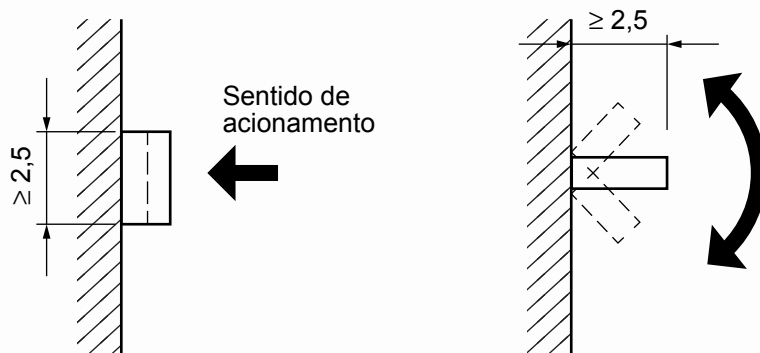


Figura 25 – Controles – Vista lateral

4.6.8 Dispositivo para travamento de portas

Em sanitários, vestiários e provadores, quando houver portas com sistema de travamento, recomenda-se que este sistema atenda aos princípios do desenho universal. Estes podem ser preferencialmente do tipo alavanca ou do modelo tranqueta de fácil manuseio, que possam ser acionados com o dorso da mão.

NOTA Os princípios de desenho universal estão descritos no Anexo A.

4.6.9 Altura para comandos e controles

A Figura 26 mostra as alturas recomendadas para o posicionamento de diferentes tipos de comandos e controles.

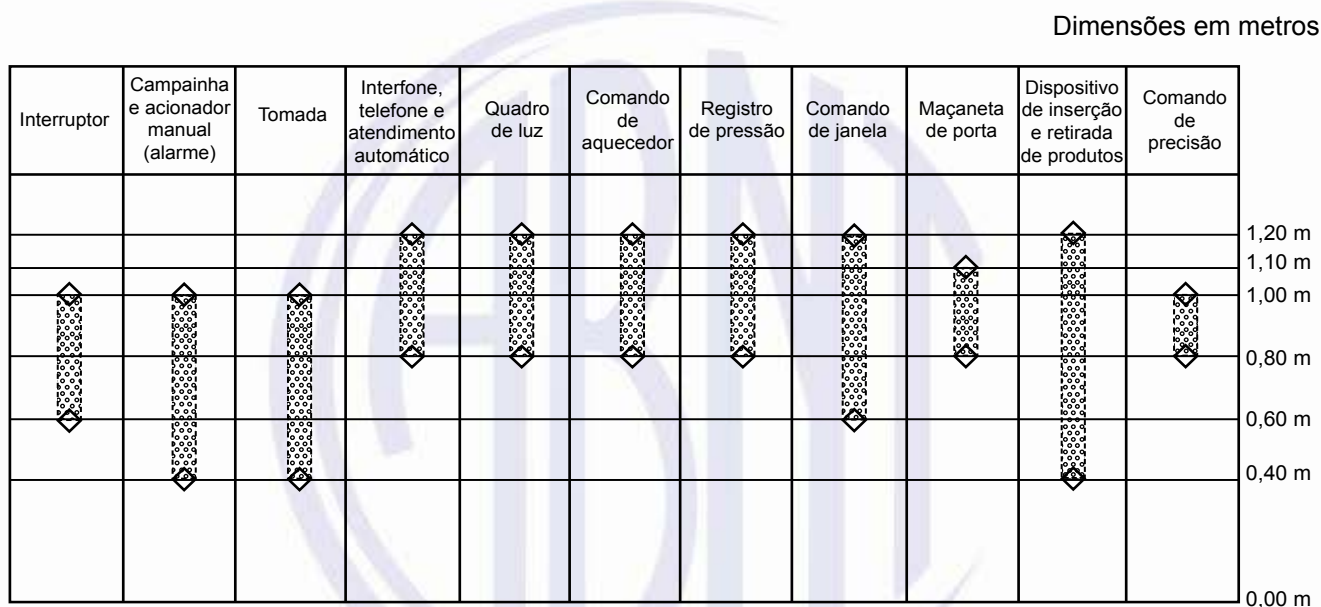


Figura 26 – Altura para comandos e controles

4.7 Assentos para pessoas obesas

4.7.1 Os assentos para pessoas obesas (P.O) devem ter (ver Figura 27):

- profundidade do assento mínima de 0,47 m e máxima de 0,51 m, medida entre a sua parte frontal e o ponto mais frontal do encosto tomado no eixo de simetria;
- largura do assento mínima de 0,75 m, medida entre as bordas laterais no terço mais próximo do encosto. É admissível que o assento para pessoa obesa tenha a largura resultante de dois assentos comuns, desde que seja superior a esta medida de 0,75 m;
- altura do assento mínima de 0,41 m e máxima de 0,45 m, medida na sua parte mais alta e frontal;
- ângulo de inclinação do assento em relação ao plano horizontal, de 2° a 5°;
- ângulo entre assento e encosto de 100° a 105°.

Quando providos de apoios de braços, estes devem ter altura entre 0,23 m e 0,27 m em relação ao assento.

4.7.2 Os assentos devem suportar uma carga de 250 kg.

Dimensões em metros

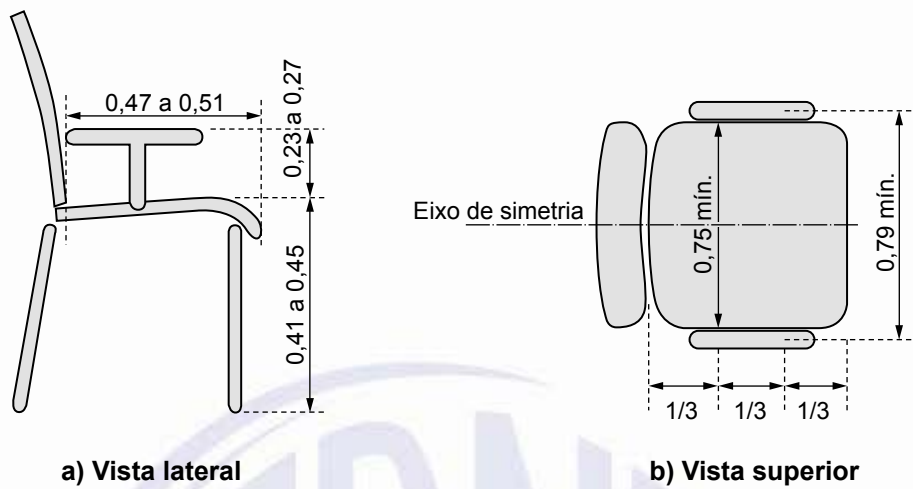


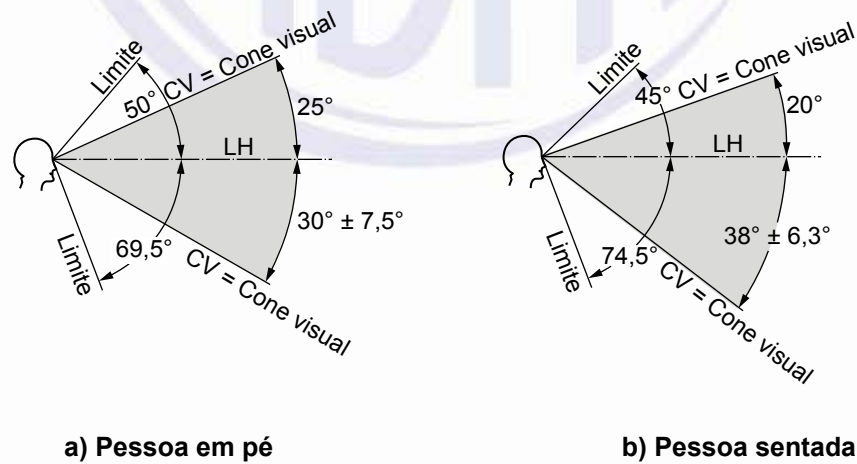
Figura 27 – Dimensões para assentos para pessoas obesas

4.8 Parâmetros visuais

4.8.1 Ângulos de alcance visual

As Figuras 28 e 29 apresentam os ângulos de alcance visual nos planos vertical (pessoa em pé e sentada) e horizontal.

NOTA Na posição sentada, o cone visual apresenta um acréscimo de inclinação de 8° para baixo em relação ao plano horizontal.



Legenda

- LH linha do horizonte visual, relacionada com a altura dos olhos
- CV cone visual correspondente à área de visão apenas com o movimento inconsciente dos olhos

Figura 28 – Ângulo de alcance visual – Plano vertical

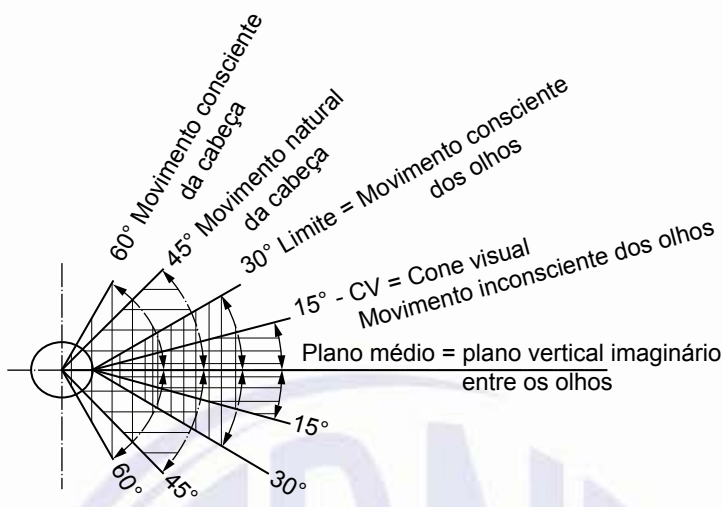


Figura 29 – Ângulo de alcance visual – Plano horizontal

4.8.2 Aplicação dos ângulos de alcance visual

As Figuras 30 a 32 exemplificam, em diferentes distâncias horizontais, a aplicação dos ângulos de alcance visual para pessoas em pé, sentadas e em cadeiras de rodas.

NOTA Foi considerada a seguinte variação de L.H.: (a) para pessoa em pé, entre 1,40 m e 1,50 m; (b) para pessoa sentada, entre 1,05 m e 1,15 m; (c) para pessoa em cadeira de rodas, entre 1,10 m e 1,20 m.

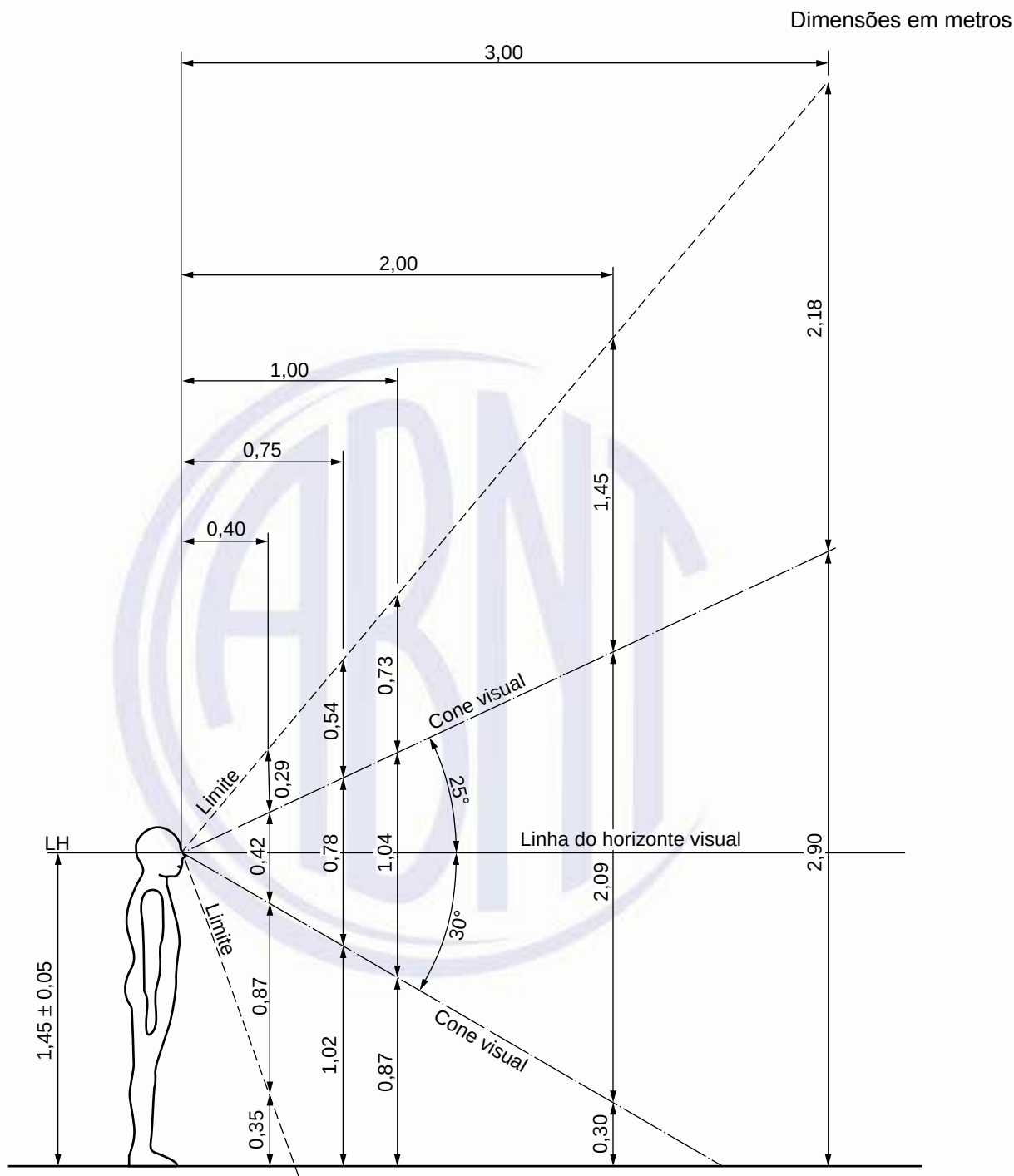


Figura 30 – Cones visuais da pessoa em pé – Exemplo

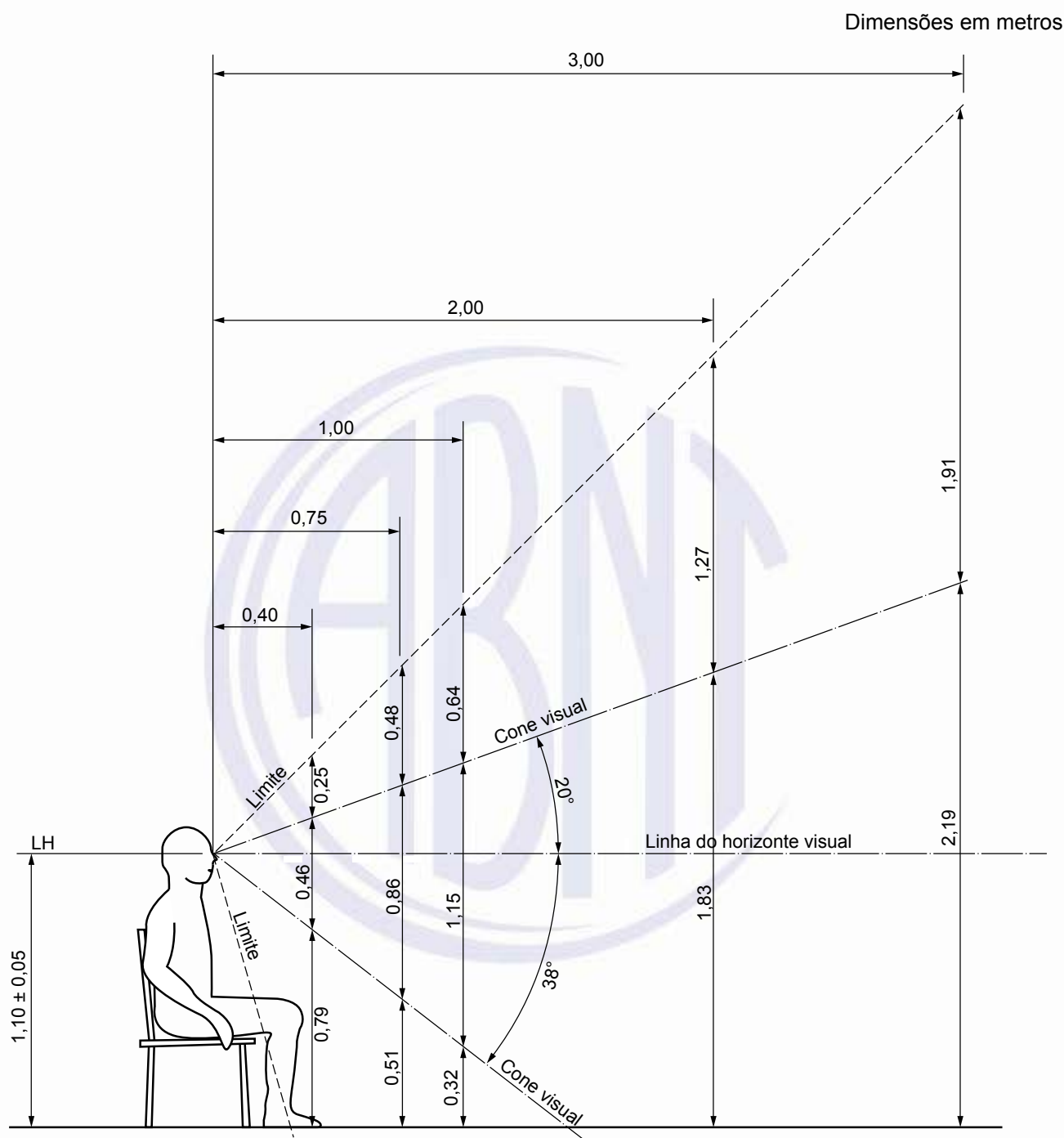


Figura 31 – Cones visuais da pessoa sentada – Exemplo

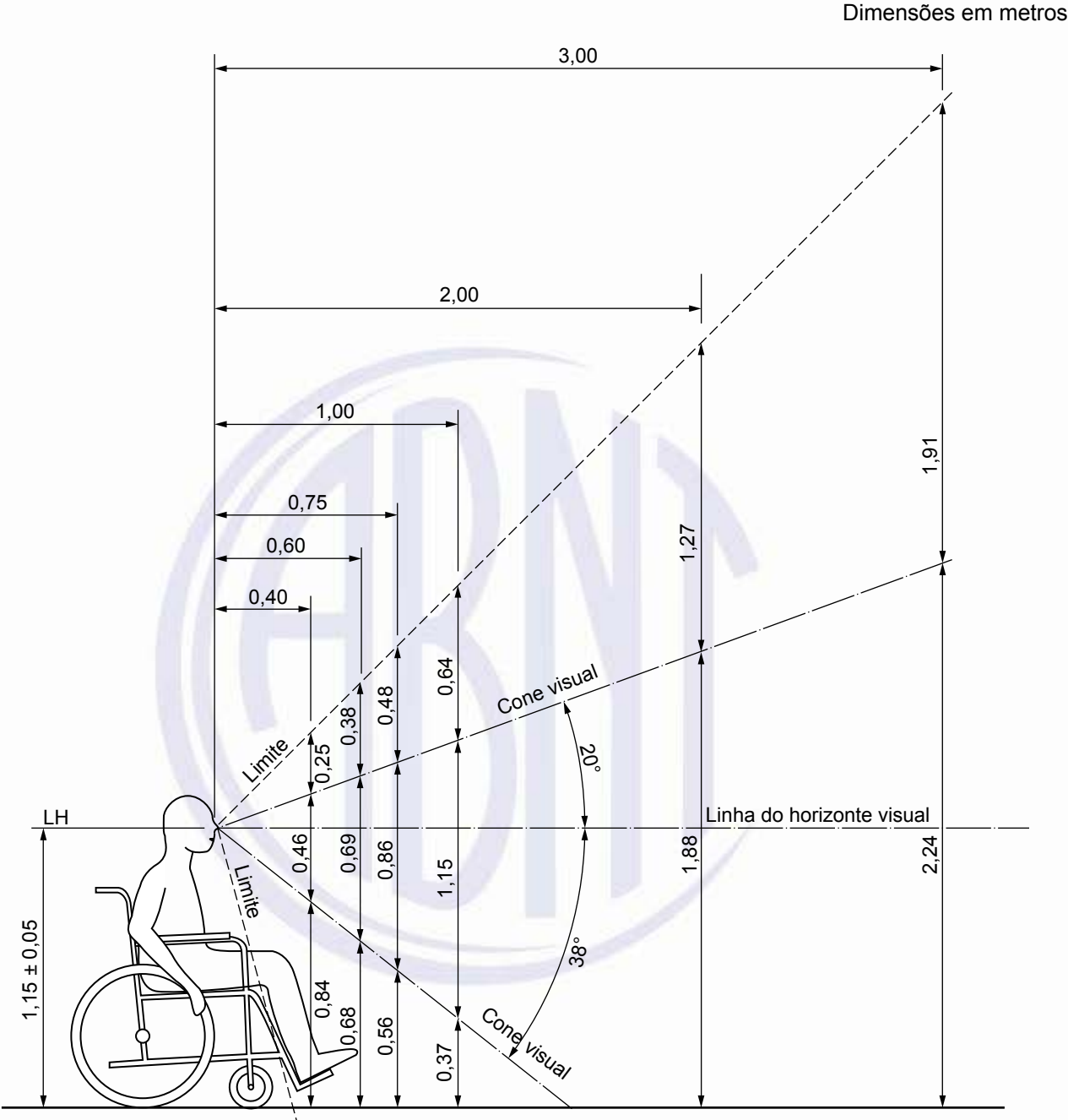


Figura 32 – Cones visuais da pessoa em cadeira de rodas – Exemplo

4.9 Parâmetro auditivo

A percepção do som está relacionada a inúmeras variáveis que vão desde limitações físicas, sensoriais e cognitivas da pessoa até a qualidade do som emitido, quanto ao seu conteúdo, forma, modo de transmissão e contraste entre o som emitido e o ruído de fundo.

Um som é caracterizado por três variáveis: frequência, intensidade e duração.

O ouvido humano é capaz de perceber melhor os sons na frequência entre 20 Hz e 20 000 Hz, intensidade entre 20 dB a 120 dB e duração mínima de 1 s. Sons acima de 120 dB causam desconforto e sons acima de 140 dB podem causar sensação de dor.

5 Informação e sinalização

Esta Seção estabelece as condições de informação e sinalização para garantir uma orientação adequada aos usuários, conforme o Anexo B.

5.1 Informação

5.1.1 Geral

As informações devem ser completas, precisas e claras, devendo ser dispostas conforme o critério de transmissão e o princípio dos dois sentidos.

5.1.2 Transmissão

As informações podem ser transmitidas por meio de sinalizações visuais, táteis e sonoras, definidas em 5.2.6.

5.1.3 Princípio dos dois sentidos

A informação deve ocorrer através do uso de no mínimo dois sentidos: visual e tátil, ou visual e sonoro.

5.2 Sinalização

5.2.1 Geral

A sinalização deve ser autoexplicativa, perceptível e legível para todos, inclusive para as pessoas com deficiência, e deve ser disposta conforme 5.2.8. Recomenda-se que as informações com textos sejam complementadas com os símbolos apresentados em 5.3.

5.2.2 Classificação

Os sinais podem ser classificados como: sinais de localização, sinais de advertência e sinais de instrução, e podem ser utilizados individualmente ou combinados.

Em situações de incêndio, pânico e evacuação, devem ser observadas as normas estabelecidas pelo Corpo de Bombeiros.

5.2.2.1 Sinalização de localização

São sinais que, independentemente de sua categoria, orientam para a localização de um determinado elemento em um espaço.

5.2.2.2 Sinalização de advertência

São sinais que, independentemente de sua categoria, têm a propriedade de alerta prévio a uma instrução.

5.2.2.3 Sinalização de instrução

São sinais que têm a propriedade de instruir uma ação de forma positiva e afirmativa. Quando utilizados em rotas de fuga ou situações de risco, devem, preferencialmente, ser não intermitentes, de forma contínua.

5.2.3 Amplitude

As amplitudes dos sinais sonoros devem estar em conformidade com 4.9 e 5.2.9.3, ou com normas específicas de aplicações e equipamentos.

5.2.4 Categorias

A sinalização quanto às categorias pode ser informativa, direcional e de emergência.

5.2.4.1 Informativa

Sinalização utilizada para identificar os diferentes ambientes ou elementos de um espaço ou de uma edificação. No mobiliário, essa sinalização deve ser utilizada para identificar os comandos.

5.2.4.2 Direcional

Sinalização utilizada para indicar a direção de um percurso ou a distribuição de elementos de um espaço e de uma edificação. Na forma visual, ela associa setas indicativas de direção a textos, figuras ou símbolos. Na forma tátil, ela utiliza recursos como linha guia ou piso tátil. Na forma sonora, utiliza recursos de áudio para explanação de direcionamentos e segurança, como em alarmes e rotas de fuga.

5.2.4.3 Emergência

Sinalização utilizada para indicar as rotas de fuga e saídas de emergência das edificações, dos espaços e do ambiente urbano, ou ainda para alertar quando há um perigo, como especificado na ABNT NBR 13434 (todas as partes).

5.2.5 Instalação

A sinalização quanto à instalação pode ser permanente ou temporária.

5.2.5.1 Permanente

Sinalização utilizada nas áreas e espaços cuja função já está definida.

5.2.5.2 Temporária

Sinalização utilizada para indicar informações provisórias ou que podem ser alteradas periodicamente.

5.2.6 Tipos

Os tipos de sinalização podem ser visual, sonora e tátil.

5.2.6.1 Sinalização visual

É composta por mensagens de textos, contrastes, símbolos e figuras.

5.2.6.2 Sinalização sonora

É composta por conjuntos de sons que permitem a compreensão pela audição.

5.2.6.3 Sinalização tátil

É composta por informações em relevo, como textos, símbolos e Braille.

5.2.7 Informações essenciais

As informações essenciais aos espaços nas edificações, no mobiliário e nos equipamentos urbanos devem ser utilizadas de forma visual, sonora ou tátil, de acordo com o princípio dos dois sentidos e conforme a Tabela 1.

Tabela 1 – Aplicação e formas de informação e sinalização

Aplicação	Instalação	Categoria	Tipos		
			Visual	Tátil	Sonora
Edificação/ espaço/ equipamentos	Permanente	Direcional/ informativa ^a			
		Emergência			
	Temporária	Direcional/ informativa			
		Emergência ^a			
Mobiliários	Permanente	Informativa ^a			
	Temporária	Informativa			
NOTA As peças de mobiliário contidas nesta Tabela são aquelas onde a sinalização é necessária, por exemplo, bebedouros, telefones etc.					
^a Apresenta duas formas de aplicação: linha superior ou linha inferior.					

5.2.8 Disposição

Entende-se por disposição os seguintes itens: localização, altura, diagramação e contraste.

5.2.8.1 Localização

5.2.8.1.1 As sinalizações devem ser localizadas de forma a identificar claramente as utilidades disponíveis dos ambientes. Devem ser fixadas onde as decisões são tomadas, em uma sequência lógica de orientação, de um ponto de partida a um ponto de chegada. Devem ser repetidas sempre que existir a possibilidade de alterações de direção.

5.2.8.1.2 Em edificações, os elementos de sinalização essenciais são informações de sanitários, banheiros, vestiários, acessos verticais e horizontais, números de pavimentos e rota de fuga.

5.2.8.1.3 As informações devem levar em consideração o disposto em 5.2.6 e 5.2.7.

5.2.8.1.4 As sinalizações devem estar dispostas em locais acessíveis para pessoa em cadeira de rodas, com deficiência visual, entre outros usuários, de tal forma que possam ser compreendidas por todos.

5.2.8.1.5 Elementos de orientação e direcionamento devem ser instalados com forma lógica de orientação, quando não houver guias ou linhas de balizamento.

5.2.8.1.6 O local determinado para posicionamento do intérprete de Libras deve ser identificado com o símbolo internacional de pessoas com deficiência auditiva. Deve ser garantido um foco de luz posicionado de forma a iluminar o intérprete de sinais, desde a cabeça até os joelhos. Este foco não pode projetar sombra no plano atrás do intérprete de sinais.

5.2.8.1.7 Planos e mapas acessíveis de orientação podem ser instalados, dependendo da funcionalidade e da circulação no espaço, conforme 5.4.2.

5.2.8.2 Altura

5.2.8.2.1 A sinalização deve estar instalada a uma altura que favoreça a legibilidade e clareza da informação, atendendo às pessoas com deficiência sentadas, em pé ou caminhando, respeitando a Seção 4.

5.2.8.2.2 A sinalização deve incorporar sinalização tátil e/ou sonora, conforme 5.4.

5.2.8.2.3 A sinalização suspensa deve ser instalada acima de 2,10 m do piso. Nas aplicações essenciais (ver 5.4), esta deve ser complementada por uma sinalização tátil e/ou sonora.

5.2.8.3 Diagramação

A redação de textos contendo orientações e instruções de uso de áreas, objetos, equipamentos, regulamentos, normas de conduta e utilização deve:

- a) ser objetiva;
- b) quando tátil, conter informações essenciais em alto-relevo e em Braille;
- c) conter sentença completa, na ordem: sujeito, verbo e predicado;
- d) estar na forma ativa e não passiva;
- e) estar na forma afirmativa e não negativa;
- f) enfatizar a sequência das ações.

5.2.8.3.1 Em sinalização, entende-se por tipografia as letras, números e sinais utilizados em placas, sinais visuais ou táteis, e por fonte tipográfica um conjunto de caracteres em um estilo coerente.

5.2.8.3.2 Recomenda-se a combinação de letras maiúsculas e minúsculas (caixas alta e baixa) e letras sem serifa, evitando-se, ainda, fontes itálicas, decoradas, manuscritas, com sombras, com aparência tridimensional ou distorcidas.

NOTA A diagramação consiste no ato de compor e distribuir textos, símbolos e imagens sobre um elemento de informação em uma lógica organizacional.

5.2.8.4 Contraste

É a percepção das diferenças ambientais por meio dos sentidos, que pode ser determinada, equacionada, referenciada, projetada, medida e controlada. Os sentidos mais usuais – visão, tato e audição – permitem perceber os ambientes através das diferenças contrastantes de suas características, como sons, texturas e luminância. A aplicação dos contrastes visuais, táteis e sonoros deve estar de acordo com 5.1.3.

5.2.9 Linguagem

Define-se como um conjunto de símbolos e regras de aplicação e disposição, que torna possível um sistema de comunicação, podendo ser visual, tátil ou sonora. Fundamentalmente, tem a capacidade de proporcionar inteligibilidade.

5.2.9.1 Linguagem visual

Informações visuais devem seguir premissas de texto, dimensionamento e contraste dos textos e símbolos, para que sejam perceptíveis inclusive por pessoas com baixa visão.

5.2.9.1.1 Contraste visual

O contraste visual tem como função destacar os elementos entre si por meio da composição claro-escuro ou escuro-claro, para chamar a atenção do observador. O contraste também deve ser usado na informação visual e para alertar sobre perigos. O contraste é a diferença de luminância entre uma figura e o fundo. Para determinar a diferença relativa de luminância, o LRV da superfície deve ser conhecido.

A medição do contraste visual deve ser feita através do LRV (valor da luz refletida) na superfície. O LRV é medido na escala de 0 a 100, sendo que 0 é o valor do preto puro e 100 é o valor do branco puro. A Tabela 2 representa a diferença na escala do LRV recomendada entre duas superfícies adjacentes, conforme a ASTM C609-07.

Tabela 2 – Aplicação da diferença do LRV na sinalização – ΔLRV

Aplicação visual do ΔLRV	Diferença na escala
Áreas amplas (parede, piso, portas, teto)	≥ 30 pontos
Elementos e componentes para facilitar a orientação (corrimãos, controles, pisos táteis)	
Perigo em potencial	≥ 60 pontos
Texto informativo (sinalização)	
NOTA 1 Na aplicação do LRV, os planos mais claros devem ter mínimo de 50 pontos.	
NOTA 2 Utilizar como referência para o contraste visual o LRV e os fatores relevantes de projeto dados do Anexo B.	

5.2.9.1.2 Legibilidade

5.2.9.1.2.1 Deve haver contraste, conforme a Tabela 2, entre a sinalização visual (texto ou símbolo e fundo) e a superfície sobre a qual ela está afixada, cuidando para que a iluminação do entorno – natural ou artificial – não prejudique a compreensão da informação.

5.2.9.1.2.2 Os textos e símbolos, bem como o fundo das peças de sinalização, devem evitar o uso de materiais brilhantes e de alta reflexão, reduzindo o ofuscamento, e devem manter o LRV conforme a Tabela 2. A tipografia em Braille não necessita de contraste visual.

5.2.9.1.2.3 Quando a sinalização for retroiluminada, deve manter a relação de contraste.

5.2.9.1.3 Letras e números visuais

A dimensão das letras e números deve ser proporcional à distância de leitura, obedecendo à relação 1/200. Recomenda-se a utilização de fontes sem serifa. Devem ser utilizadas letras em caixas alta e baixa, evitando-se textos na vertical. Para mensagens de advertência, devem ser utilizadas letras em caixa alta.

5.2.9.1.4 Símbolos visuais

Para a sinalização dos ambientes, a altura do símbolo deve ter a proporção de 1/200 da distância de visada, com mínimo de 8 cm. O desenho do símbolo deve atender às seguintes condições:

- a) contornos fortes e bem definidos;
- b) simplicidade nas formas e poucos detalhes;
- c) estabilidade da forma;
- d) utilização de símbolos de padrão internacional.

5.2.9.1.5 Luminância

Relação entre a intensidade luminosa de uma superfície e a área aparente dessa superfície, vista por um observador à distância. Medida fotométrica da intensidade de uma luz refletida em uma dada direção, cuja unidade SI é a candela por metro quadrado (cd/m^2).

5.2.9.1.6 Crominância

A aplicação de cores nos sinais deve, por medida de segurança, utilizar as orientações contidas da legislação vigente (ver Bibliografia [21]), onde são definidas as cores preferenciais. Sinteticamente, as cores vermelha, laranja, amarela, verde e branca devem utilizar os valores da Tabela 3.

Tabela 3 – Crominância

Cores	Comprimento de onda	Unidade
Vermelha	625 nm a 740 nm	Frequência
Laranja	590 nm a 625 nm	Frequência
Amarela	565 nm a 590 nm	Frequência
Verde	500 nm a 565 nm	Frequência
Branca	5 500 °k $\pm$ 10 %	Temperatura

5.2.9.2 Linguagem tátil

5.2.9.2.1 Contraste tátil

Para textos e símbolos táteis, a altura do alto-relevo deve estar entre 0,8 mm e 1,2 mm. Recomendam-se letras em caixa alta e caixa baixa para sentenças, e em caixa alta para frases curtas, evitando a utilização de textos na vertical.

Em especial, os relevos para linguagem em Braille e os pisos táteis requerem bom controle dimensional. Para pisos táteis e visuais, ver 5.4.6.

5.2.9.2.2 Letras e números táteis

Os textos em relevo devem estar associados ao texto em Braille.

Os caracteres em relevo devem atender às seguintes condições:

- a) tipos de fonte, conforme 5.2.9.1.3;
- b) altura do relevo: 0,8 mm a 1,2 mm;
- c) altura dos caracteres: 15 mm a 50 mm;
- d) distância mínima entre caracteres: 1/5 da altura da letra (H);
- e) distância entre linhas: 8 mm.

5.2.9.2.3 Símbolos táteis

Para a sinalização dos ambientes, a altura do símbolo deve ter a proporção de 1/200 da distância de visada, com o mínimo de 80 mm. O desenho do símbolo deve atender às seguintes condições:

- a) contornos fortes e bem definidos;
- b) simplicidade nas formas e poucos detalhes;
- c) estabilidade da forma;
- d) altura dos símbolos: no mínimo 80 mm;
- e) altura do relevo: 0,6 mm a 1,20 mm;
- f) distância entre o símbolo e o texto: 8 mm;
- g) utilização de símbolos de padrão internacional.

5.2.9.2.4 Braille

5.2.9.2.4.1 As informações em Braille não dispensam a sinalização visual e tátil, com caracteres ou símbolos em relevo, exceto na sinalização do corrimão (ver 5.4.3).

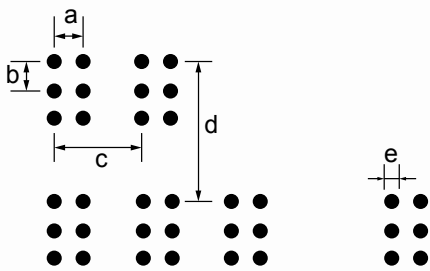
5.2.9.2.4.2 Quando a informação em Braille for destinada a impressos, dispensa-se o uso de textos e símbolos em relevo.

5.2.9.2.4.3 Para sentenças longas, deve-se utilizar o texto em Braille, alinhado à esquerda, com o texto em relevo.

5.2.9.2.4.4 O ponto em Braille deve ter aresta arredondada na forma esférica. O arranjo de seis pontos, duas colunas e o espaçamento entre as celas em Braille devem ser conforme as Figuras 33 e 34.

NOTA Não se aplica para embalagem.

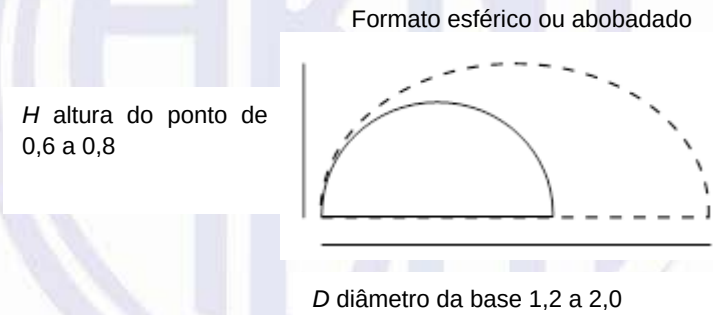
Dimensões em milímetros



a	b	c	d	Diâmetro do ponto e = D	Altura do ponto H
2,7	2,7	6,6	10,8	de 1,2 a 2,0	de 0,6 a 0,8
* D significa diâmetro.					

Figura 33 – Arranjo geométrico dos pontos em Braille

Dimensões em milímetros



A proporção (P) é a relação entre o diâmetro (D) e a altura (H) do ponto, conforme a equação a seguir:

$$P = \frac{D}{H}$$

onde

- P é a proporção entre o diâmetro e a altura;
- D é o diâmetro, expresso em milímetros (mm);
- H é a altura do relevo, expressa em milímetros (mm).

sendo que,

- D deve estar entre 1,2 mm e 2,0 mm,
- H deve estar entre 0,6 mm e 0,8 mm, e
- P deve estar entre 2,0 e 2,5.

Figura 34 – Formato do relevo do ponto em Braille

5.2.9.3 Linguagem sonora

Os conjuntos de sons devem ser compostos na forma de informações verbais ou não. Os sinais devem distinguir entre sinais de localização, advertência e instrução, conforme 5.2.2.

5.2.9.3.1 Contraste sonoro

Os contrastes sonoros são percebidos pelo sentido da audição do aparelho auditivo e são especialmente importantes para as pessoas com deficiência visual que, por meio das diferenças dos sons, conseguem distinguir o ambiente com bastante clareza.

As diferenças são fáceis de entender quando se associam diferentes sons, como sons de instrumentos diferentes de uma orquestra.

As aplicações do contraste sonoro são especialmente importantes em casos de perigos, orientação e comunicação. Por ser de fácil concentração de informações, permitem uma decodificação rápida e precisa pelo cérebro, o que torna essa faculdade tão importante como a visão.

A medição dos sons é relativamente fácil de executar. Um simples microfone capta a pressão sonora e pode informar as frequências e amplitudes geradas por meio de decibelímetros.

5.2.9.3.2 Sinais sonoros

5.2.9.3.2.1 Os sinais sonoros verbais devem ter as seguintes características:

- a) podem ser digitalizados ou sintetizados;
- b) devem conter apenas uma sentença completa;
- c) devem estar na forma ativa e imperativa.

5.2.9.3.2.2 Os sinais sonoros não verbais codificados devem ser apresentados nas frequências de 100 Hz, 1 000 Hz e 3 000 Hz para sinais de localização e advertência. Para sinais de instrução devem-se acrescentar outras frequências entre 100 Hz e 3 000 Hz. Os sinais sonoros não podem ultrapassar 3 000 Hz.

5.2.9.3.2.3 Os equipamentos e dispositivos sonoros devem ser capazes de medir automaticamente o ruído momentâneo ao redor do local monitorado, em decibels (dB), para referência, e de emitir sons com valores de 10 dBA acima do valor referenciado, conforme a ABNT NBR 10152.

5.2.9.3.2.4 Nas salas de espetáculos, os equipamentos de informações sonoras e sistemas de tradução simultânea devem permitir o controle individual de volume e possuir recursos para evitar interferências.

5.3 Símbolos

5.3.1 Gerais

Símbolos são representações gráficas que, através de uma figura ou forma convencionada, estabelecem a analogia entre o objeto e a informação de sua representação e expressam alguma mensagem. Devem ser legíveis e de fácil compreensão, atendendo a pessoas estrangeiras, analfabetas e com baixa visão, ou cegas, quando em relevo. Os símbolos que correspondem à acessibilidade na edificação e prestação de serviços são relacionados em 5.3.2 a 5.3.5.

5.3.2 Símbolo internacional de acesso – SIA

A indicação de acessibilidade nas edificações, no mobiliário, nos espaços e nos equipamentos urbanos deve ser feita por meio do símbolo internacional de acesso – SIA. A representação do símbolo internacional de acesso consiste em um pictograma branco sobre fundo azul (referência Munsell 10B5/10 ou Pantone 2925 C). Este símbolo pode, opcionalmente, ser representado em branco e preto (pictograma branco sobre o fundo preto ou pictograma preto sobre fundo branco), e deve estar sempre voltado para o lado direito, conforme a Figura 35. Nenhuma modificação, estilização ou adição deve ser feita a estes símbolos.



Figura 35 – Símbolo internacional de acesso – SIA

5.3.2.1 Finalidade

O símbolo internacional de acesso deve indicar a acessibilidade aos serviços e identificar espaços, edificações, mobiliário e equipamentos urbanos, onde existem elementos acessíveis ou utilizáveis por pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida.

5.3.2.2 Aplicação

Esta sinalização deve ser afixada em local visível ao público, sendo utilizada principalmente nos seguintes locais, quando acessíveis:

- a) entradas;
- b) áreas reservadas para veículos que conduzam ou sejam conduzidos por pessoa idosa ou com deficiência, conforme 5.5.2.3;
- c) áreas de embarque e desembarque de passageiros com deficiência;
- d) sanitários;
- e) áreas de resgate para pessoas com deficiência, conforme 5.5.2.1;
- f) espaços reservados para P.C.R., conforme 5.5.2.2;
- g) equipamentos e mobiliários preferenciais para o uso de pessoas com deficiência.

Os acessos que não apresentam condições de acessibilidade devem possuir informação visual, indicando a localização do acesso mais próximo que atenda às condições estabelecidas nesta Norma.

5.3.3 Símbolo internacional de pessoas com deficiência visual

A representação do símbolo internacional de pessoas com deficiência visual consiste em um pictograma branco sobre fundo azul (referência Munsell 10B 5/10 ou Pantone 2925 C). Este símbolo pode, opcionalmente, ser representado em branco e preto (pictograma branco sobre fundo preto ou pictograma preto sobre fundo branco) e deve estar sempre voltado para direita, conforme a Figura 36.

Nenhuma modificação, estilização ou adição deve ser feita a este símbolo.

O símbolo internacional de pessoas com deficiência visual deve indicar a existência de equipamentos, mobiliário e serviços para pessoas com deficiência visual, em locais conforme 5.3.2.2.



a) Branco sobre fundo azul b) Branco sobre fundo preto c) Preto sobre fundo branco

Figura 36 – Símbolo internacional de pessoas com deficiência visual

5.3.4 Símbolo internacional de pessoas com deficiência auditiva

A representação do símbolo internacional de pessoas com deficiência auditiva consiste em um pictograma branco sobre fundo azul (referência Munsell 10B 5/10 ou Pantone 2925 C). Este símbolo pode, opcionalmente, ser representado em branco e preto (pictograma branco sobre fundo preto ou pictograma preto sobre fundo branco) e deve estar sempre representado na posição indicada na Figura 37. Nenhuma modificação, estilização ou adição deve ser feita a este símbolo.



a) Branco sobre fundo azul b) Branco sobre fundo preto c) Preto sobre fundo branco

Figura 37 – Símbolo internacional de pessoas com deficiência auditiva

O símbolo internacional de pessoas com deficiência auditiva deve ser utilizado em todos os locais que destinem equipamentos, produtos, procedimentos ou serviços para pessoas com deficiência auditiva, em locais conforme 5.3.2.2.

5.3.5 Símbolos complementares

Os símbolos complementares devem ser utilizados para indicar as facilidades existentes nas edificações, no mobiliário, nos espaços, equipamentos urbanos e serviços oferecidos. Podem ser compostos e inseridos em quadrados ou círculos.

5.3.5.1 Atendimento preferencial

A sinalização de atendimento deve indicar os beneficiários utilizando as Figuras 38 a 42.



Figura 38 – Grávida



Figura 39 – Pessoa com criança de colo

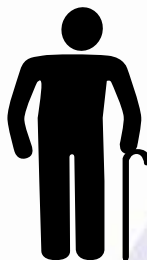


Figura 40 – Pessoa idosa



Figura 41 – Pessoa obesa

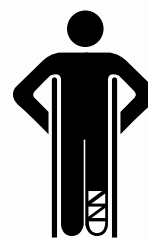


Figura 42 – Pessoa com mobilidade reduzida

5.3.5.2 Pessoa com deficiência visual acompanhada de cão-guia

Sinalização que indica o acesso de pessoa com deficiência visual acompanhada de cão-guia, conforme a Figura 43.



Figura 43 – Pessoa com deficiência visual acompanhada de cão-guia

5.3.5.3 Sanitário

Todos os sanitários devem ser sinalizados com o símbolo representativo de sanitário, de acordo com cada situação, conforme as Figuras 44 a 50.



Figura 44 – Sanitário feminino



Figura 45 – Sanitário masculino

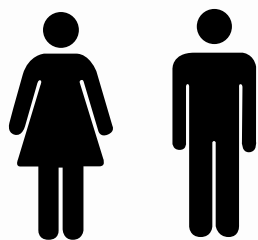


Figura 46 – Sanitário feminino e masculino



Figura 47 – Sanitário feminino acessível



Figura 48 – Sanitário masculino acessível



Figura 49 – Sanitário feminino e masculino acessível



Figura 50 – Sanitário familiar acessível

5.3.5.4 Circulação

As Figuras 51 a 57 devem ser utilizadas para a sinalização dos espaços.

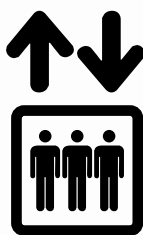


Figura 51 – Elevador



Figura 52 – Escada rolante



Figura 53 – Escada rolante com degrau para cadeira de rodas



Figura 54 – Escada



Figura 55 – Escada com plataforma móvel



Figura 56 – Rampa

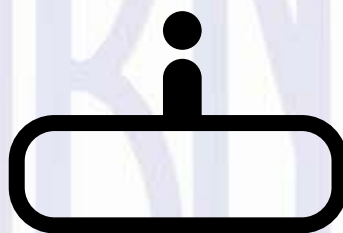


Figura 57 – Esteira rolante

5.3.5.5 Comunicação

As Figuras 58 a 61 devem ser utilizadas para sinalização dos equipamentos ou serviços de comunicação.



Figura 58 – Símbolos internacionais de informação



Figura 59 – Telefone

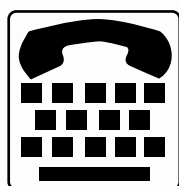


Figura 60 – Telefone com teclado



Figura 61 – Telefone com amplificador sonoro

5.4 Aplicações essenciais

5.4.1 Sinalização de portas e passagens

Portas e passagens, quando sinalizadas, devem ter números e/ou letras e/ou pictogramas e sinais com texto em relevo, incluindo Braille. Todas as portas de sanitários, banheiros e vestiários devem ser sinalizadas.

Essa sinalização deve considerar os seguintes aspectos:

- a sinalização deve estar localizada na faixa de alcance entre 1,20 m e 1,60 m em plano vertical, conforme a Figura 62. Quando instalada entre 0,90 m e 1,20 m, deve estar na parede ao lado da maçaneta, em plano inclinado entre 15° e 30° da linha horizontal, e atender ao descrito em 5.4.6, quando exceder 0,10 m;
- a sinalização, quando instalada nas portas, deve ser centralizada e não pode conter informações táteis. Para complementar a informação instalada na porta, deve existir informação tátil ou sonora na parede adjacente a ela ou no batente, conforme a Figura 62;
- em portas duplas, com maçaneta central, instalar ao lado da porta direita;
- nas passagens a sinalização deve ser instalada na parede adjacente, conforme a Figura 62;
- os elementos de sinalização devem ter formas que não agriçam os usuários, evitando cantos vivos e arestas cortantes.

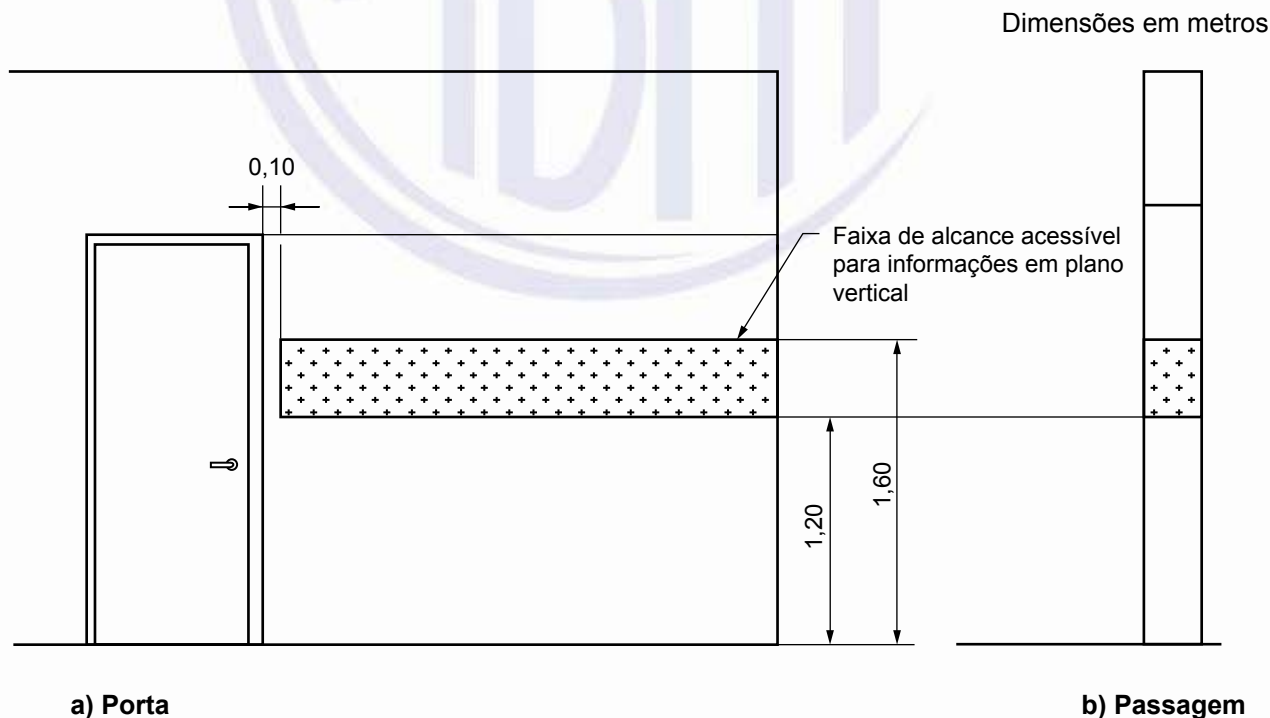


Figura 62 – Sinalização de portas e passagens – Faixa de alcance acessível

5.4.2 Planos e mapas acessíveis

5.4.2.1 Os planos e mapas acessíveis são representações visuais, táteis e/ou sonoras que servem para orientação e localização de lugares, rotas, fenômenos geográficos, cartográficos e espaciais.

5.4.2.2 As informações aplicadas devem contemplar o disposto na Tabela 1.

5.4.2.3 Estes planos e mapas devem ser construídos de forma a permitir acesso, alcance visual e manual, atendendo à Seção 4 e 5.4.1-a).

5.4.3 Sinalização de pavimento

A sinalização de identificação de pavimentos (andares) junto a escadas fixas e rampas deve ser visual, em relevo e em Braille. A sinalização visual e em relevo pode ser aplicada no corrimão ou na parede, conforme a Figura 63. A sinalização em Braille deve estar obrigatoriamente posicionada na geratriz superior do prolongamento do corrimão, conforme a Figura 64.

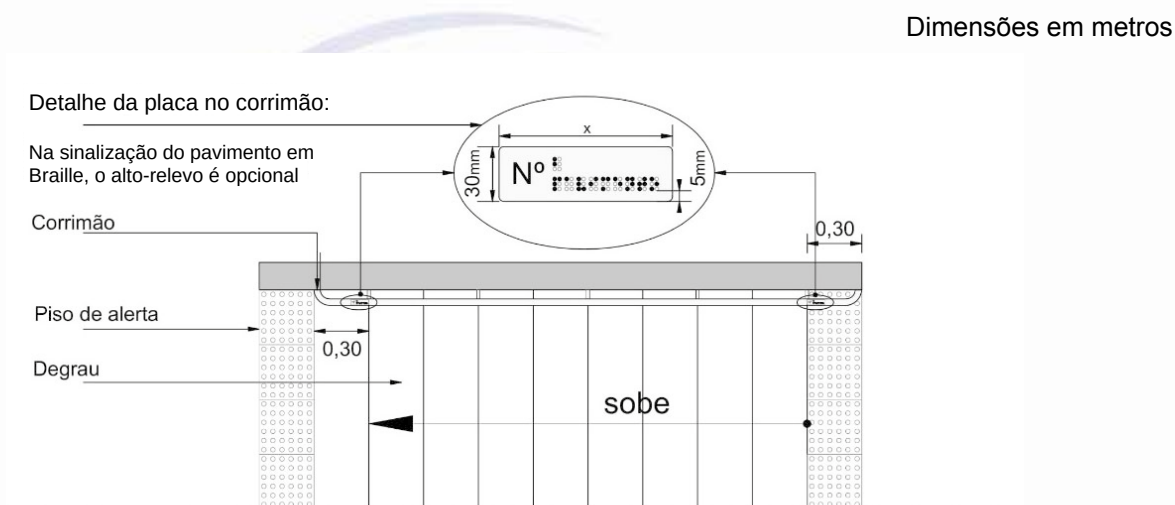


Figura 63 – Sinalização de corrimão – Vista superior

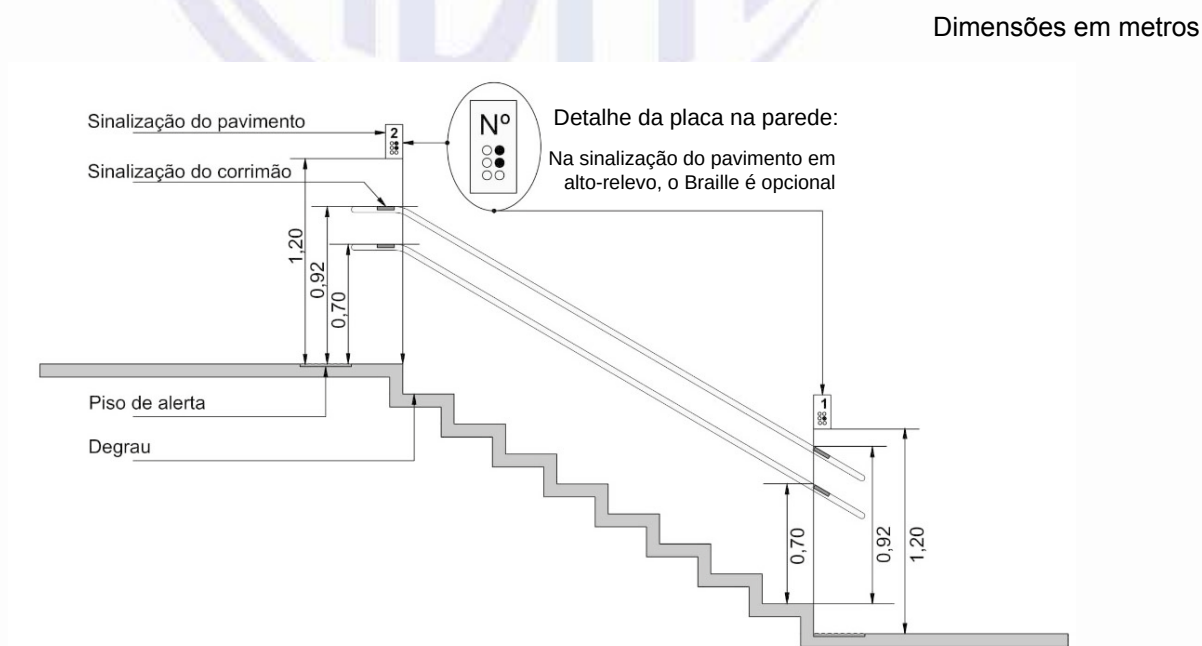


Figura 64 – Sinalização de pavimento – Vista lateral

5.4.4 Sinalização de degraus

5.4.4.1 Degraus isolados

É considerado degrau isolado a sequência de até dois degraus. Este desnível deve ser sinalizado em toda a sua extensão, no piso e no espelho, com uma faixa de no mínimo 3 cm de largura contrastante com o piso adjacente, preferencialmente fotoluminescente ou retroiluminada.

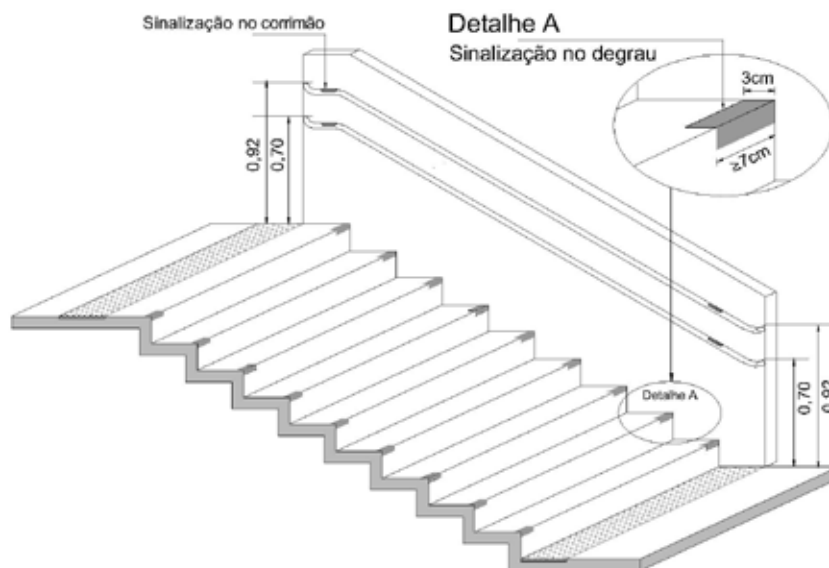
5.4.4.2 Degraus de escadas

A sinalização visual dos degraus de escada deve ser:

- aplicada aos pisos e espelhos em suas bordas laterais e/ou nas projeções dos corrimãos, contrastante com o piso adjacente, preferencialmente fotoluminescente ou retroiluminada, conforme as opções demonstradas na Figura 65;
- igual ou maior que a projeção dos corrimãos laterais, e com no mínimo 7 cm de comprimento e 3 cm de largura;
- fotoluminescente ou retroiluminada, quando se tratar de saídas de emergência e/ou rota de fuga.

NOTA Recomenda-se estender a sinalização no comprimento total dos degraus com elementos que incorporem também características antiderrapantes.

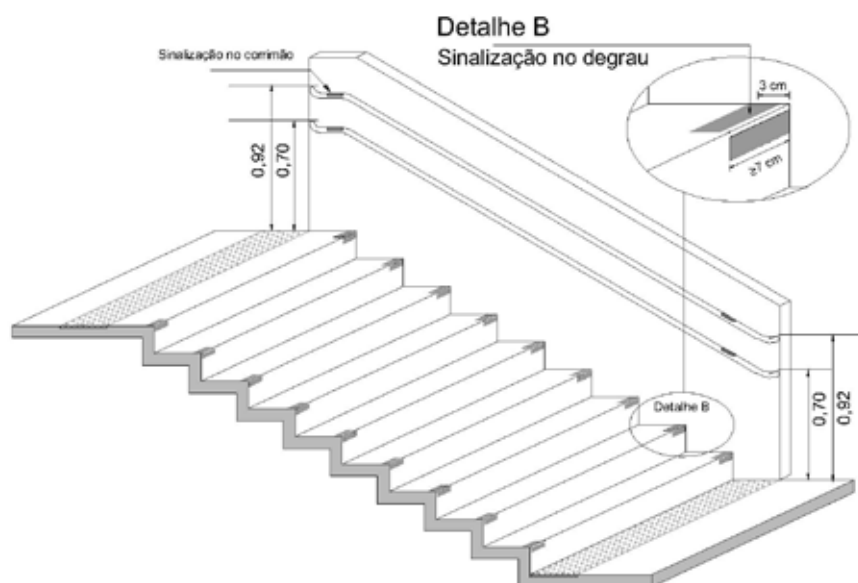
Dimensões em metros



a) Opção A

Figura 65 – Sinalização de degraus (continua)

Dimensões em metros



b) Opção B
Figura 65 (conclusão)

5.4.5 Sinalização de elevadores e plataformas elevatórias

5.4.5.1 Painéis de chamada de elevadores e plataformas elevatórias devem ter informações em relevo e em Braille de sua operação e estar compatíveis com as ABNT NM 313 e ABNT NBR ISO 9386-1.

5.4.5.2 A sinalização do pavimento deve estar localizada nos dois batentes externos, indicando o andar, e deve ser em relevo e em Braille. A altura dos caracteres deve variar de 15 mm a 50 mm, e a distância entre eles deve ser de 5 mm. Deve ser instalada a uma altura entre 1,20 m e 1,60 m, medida do piso.

5.4.6 Sinalização tátil e visual no piso

Para a sinalização tátil e visual no piso, atender à ABNT NBR 16537.

5.5 Sinalização de emergência

5.5.1 Condições gerais

5.5.1.1 A sinalização de emergência deve direcionar o usuário para saídas de emergência ou rota de fuga. Devem ser observadas as normas e instruções de sinalização de emergência.

5.5.1.2 As rotas de fuga e as saídas de emergência devem ser sinalizadas, para localização, advertência e instruções, com informações visuais, sonoras e táteis, de acordo com 5.2.

5.5.1.3 Nas escadas que interligam os diversos pavimentos, inclusive nas de emergência, junto às portas corta-fogo, deve haver sinalização tátil, visual e/ou sonora, informando o número do pavimento. A mesma informação deve ser sinalizada nos corrimãos, conforme 5.4.3. Internamente, locais confinados, como quartos de locais de hospedagem, de hospitais e de instituições públicas e privadas de uso múltiplo ou coletivo, devem conter mapa acessível de rota de fuga da edificação, conforme 5.4.2.

5.5.2 Sinalização de área de resgate, de espaço reservado para P.C.R. e de vaga reservada para veículo

5.5.2.1 Sinalização de área de resgate para pessoas com deficiência

O acesso às áreas de resgate deve ser identificado conforme o disposto na ABNT NBR 13434. As áreas de resgate devem atender às exigências de 6.4.2.

5.5.2.2 Sinalização de espaço reservado para P.C.R.

O espaço reservado para P.C.R. (M.R.) deve ser demarcado em local que não interfira na área de circulação e deve atender ao disposto em 10.19.3. Deve ser sinalizado com o SIA, com dimensões mínimas de 15 × 15 cm, conforme a Figura 66.

Dimensões em metros

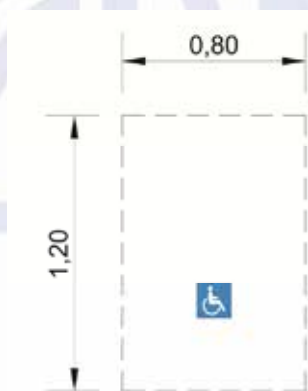


Figura 66 – Sinalização do espaço para P.C.R.

5.5.2.3 Sinalização de vaga reservada para veículo

As vagas reservadas para veículos que conduzam ou sejam conduzidos por pessoas idosas ou com deficiência devem atender ao estabelecido em 6.14 e ser sinalizadas, conforme normas específicas (ver Bibliografia [18], [19] e [20]).

5.6 Alarmes

5.6.1 Condições gerais

5.6.1.1 Os alarmes são equipamentos ou dispositivos capazes de alertar situações de emergência por estímulos visuais, táteis e sonoros. Devem ser aplicados em espaços confinados, como sanitários acessíveis, boxes, cabines e vestiários isolados.

5.6.1.2 Nos quartos, banheiros e sanitários de locais de hospedagem, de instituições de idosos e de hospitais, devem ser instalados telefones e alarmes de emergência visuais, sonoros e/ou vibratórios.

5.6.1.3 Todo alarme ou componente que utiliza recursos elétricos deve estar de acordo com a ABNT NBR IEC 60529. Em ambientes com instalações de água, como sanitários e cozinhas, o grau de proteção deve ser IP 66. Para os demais ambientes, o grau de proteção mínimo é IP 54. As instalações elétricas devem atender ao disposto na ABNT NBR 5410.

5.6.2 Características

Os alarmes visuais, táteis e/ou sonoros devem atender às condições descritas em 5.2.

Os alarmes devem ter características próprias e podem, em função destas, combinar a utilização de sinais de localização, de advertência e de instrução.

5.6.3 Instalações

Os alarmes de emergência devem ser instalados nas áreas interna e externa de espaços confinados (ver 5.6.1.1) ou nos locais citados em 5.6.1.2. Deve ser garantida para a pessoa que aciona os alarmes a informação visual e auditiva de que eles estão funcionando, além do alcance manual. Os locais que dispuserem de alarme devem ser obrigatoriamente monitorados. O tom e a frequência dos alarmes de emergência devem ser diferentes do alarme de incêndio.

5.6.4 Aplicações essenciais

5.6.4.1 Alarme de emergência para sanitário

Deve ser instalado dispositivo de alarme de emergência próximo à bacia, no boxe do chuveiro e na banheira para acionamento por uma pessoa sentada ou em caso de queda nos sanitários, banheiros e vestiários acessíveis. Recomenda-se a instalação de dispositivos adicionais em posições estratégicas, como lavatórios e portas, entre outros. A altura de instalação deve ser de 40 cm do piso, conforme a Figura 67. Os dispositivos devem atender ao descrito em 4.6.7 e ter cor que contraste com a cor da parede.

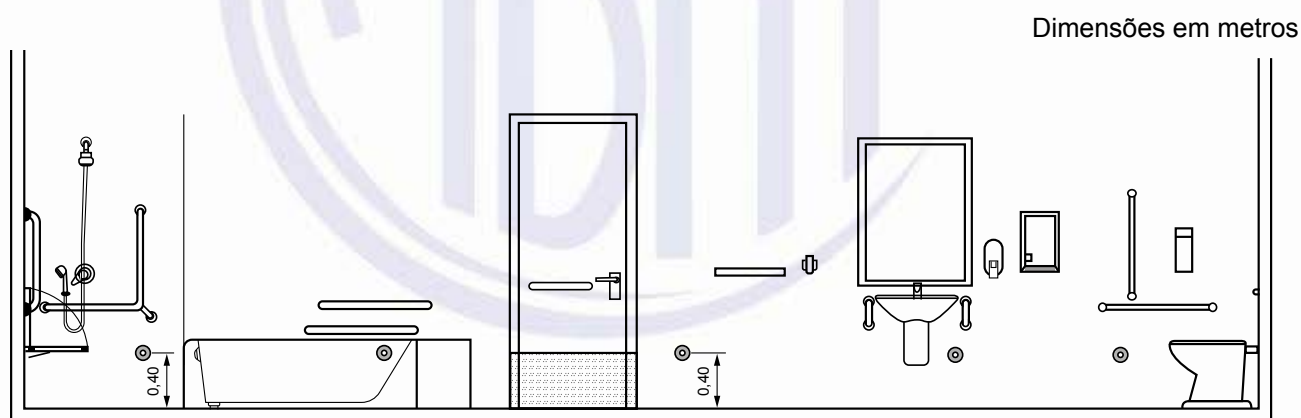


Figura 67 – Possibilidade de posicionamento do dispositivo de alarme no banheiro – Exemplos

5.6.4.2 Alarme de saída de garagem em passeio público

As saídas de garagens e de estacionamentos nos passeios públicos devem possuir alarmes que atendam ao disposto em 5.2.1, com características sonoras que emitam um sinal, com 10 dBA, acima do ruído momentâneo mensurado no local, que informe a manobra de saída de veículos. Os alarmes sonoros devem estar sincronizados aos alarmes visuais intermitentes.

5.6.4.3 Sinais sonoros ou vibratórios em semáforos

Os semáforos para pedestres instalados em vias públicas devem ter equipamento que emita sinais visuais e sonoros ou visuais e vibratórios característicos, de localização, advertência e instrução, com 10 dBA, acima do ruído momentâneo mensurado no local, que favoreça a autonomia de pessoas com deficiência visual. Os alarmes dos semáforos devem estar associados e sincronizados aos visuais. Quando acionados manualmente, seu comando deve estar entre 0,80 m e 1,20 m de altura do piso.

6 Acessos e circulação

Nesta Seção são estabelecidos os critérios de acessibilidade nos acessos e circulação para todas as pessoas.

6.1 Rota acessível

6.1.1 Geral

6.1.1.1 As áreas de qualquer espaço ou edificação de uso público ou coletivo devem ser servidas de uma ou mais rotas acessíveis. As edificações residenciais multifamiliares, condomínios e conjuntos habitacionais necessitam ser acessíveis em suas áreas de uso comum. As unidades autônomas acessíveis devem estar conectadas às rotas acessíveis. Áreas de uso restrito, conforme definido em 3.1.38, como casas de máquinas, barriletes, passagem de uso técnico e outros com funções similares, não necessitam atender às condições de acessibilidade desta Norma.

6.1.1.2 A rota acessível é um trajeto contínuo, desobstruído e sinalizado, que conecta os ambientes externos e internos de espaços e edificações, e que pode ser utilizada de forma autônoma e segura por todas as pessoas. A rota acessível externa incorpora estacionamentos, calçadas, faixas de travessias de pedestres (elevadas ou não), rampas, escadas, passarelas e outros elementos da circulação. A rota acessível interna incorpora corredores, pisos, rampas, escadas, elevadores e outros elementos da circulação.

6.1.1.3 A rota acessível pode coincidir com a rota de fuga.

6.1.1.4 Devem ser observadas as condições definidas em 4.3.

6.1.2 Iluminação

Toda rota acessível deve ser provida de iluminação natural ou artificial com nível mínimo de iluminância de 150 lux, medido a 1,00 m do chão. São aceitos níveis inferiores de iluminância para ambientes específicos, como cinemas, teatros ou outros, conforme normas técnicas específicas.

6.2 Acessos – Condições gerais

6.2.1 Nas edificações e equipamentos urbanos, todas as entradas, bem como as rotas de interligação às funções do edifício, devem ser acessíveis.

6.2.2 Na adaptação de edificações e equipamentos urbanos existentes, todas as entradas devem ser acessíveis e, caso não seja possível, desde que comprovado tecnicamente, deve ser adaptado o maior número de acessos. Nestes casos a distância entre cada entrada acessível e as demais não pode ser superior a 50 m. A entrada predial principal, ou a entrada de acesso do maior número de pessoas, tem a obrigatoriedade de atender a todas as condições de acessibilidade. O acesso por entradas secundárias somente é aceito se esgotadas todas as possibilidades de adequação da entrada principal e se justificado tecnicamente.

6.2.3 Os acessos devem ser vinculados através de rota acessível à circulação principal e às circulações de emergência. Os acessos devem permanecer livres de quaisquer obstáculos de forma permanente.

6.2.4 O percurso entre o estacionamento de veículos e os acessos deve compor uma rota acessível. Quando da impraticabilidade de se executar uma rota acessível entre o estacionamento e os acessos, devem ser previstas, em outro local, vagas de estacionamento para pessoas com deficiência e para pessoas idosas, a uma distância máxima de 50 m até um acesso acessível.

6.2.5 Quando existirem dispositivos de segurança e para controle de acesso, do tipo catracas, cancelas, portas ou outros, pelo menos um deles em cada conjunto deve ser acessível, garantindo ao usuário o acesso, manobra, circulação e aproximação para o manuseio do equipamento com autonomia.

6.2.6 A instalação do dispositivo acessível para controle de acesso deve prever manobra de cadeira de rodas, conforme o disposto em 4.3.2, 4.3.4 e 4.3.5, e os eventuais comandos acionáveis por usuários devem estar posicionados à altura indicada em 4.6.9.

6.2.7 Quando existir porta giratória, deve ser prevista, junto a esta, outra entrada que garanta as condições de acessibilidade. Portas giratórias devem ser evitadas, mas quando forem instaladas, as dimensões entre as pás devem ser compatíveis com as medidas necessárias para o deslocamento de uma pessoa em cadeira de rodas e devem ainda ser dotadas de sistema de segurança para rebatimento das pás em caso de sinistro.

6.2.8 Deve ser prevista a sinalização informativa e direcional da localização das entradas e saídas acessíveis, de acordo com o estabelecido na Seção 5.

6.3 Circulação – Piso

A circulação pode ser horizontal e vertical. A circulação vertical pode ser realizada por escadas, rampas ou equipamentos eletromecânicos, sendo considerada acessível quando atender no mínimo a duas formas de deslocamento vertical.

6.3.1 Condições gerais

Os pisos devem atender às características de revestimento, inclinação e desnível, conforme descrito em 6.3.2 a 6.3.8.

6.3.2 Revestimentos

Os materiais de revestimento e acabamento devem ter superfície regular, firme, estável e não trepidante para dispositivos com rodas e antiderrapantes, sob qualquer condição (seco ou molhado).

Deve-se evitar a utilização de padronagem na superfície do piso que possa causar sensação de insegurança (por exemplo, estampas que, pelo contraste de desenho ou cor, possam causar a impressão de tridimensionalidade).

6.3.3 Inclinação

A inclinação transversal da superfície deve ser de até 2 % para pisos internos e de até 3 % para pisos externos. A inclinação longitudinal da superfície deve ser inferior a 5 %. Inclinações iguais ou superiores a 5 % são consideradas rampas e, portanto, devem atender a 6.6.

6.3.4 Desníveis

6.3.4.1 Desníveis de qualquer natureza devem ser evitados em rotas acessíveis. Eventuais desníveis no piso de até 5 mm dispensam tratamento especial. Desníveis superiores a 5 mm até 20 mm devem possuir inclinação máxima de 1:2 (50 %), conforme a Figura 68. Desníveis superiores a 20 mm, quando inevitáveis, devem ser considerados degraus, conforme 6.7.

Dimensões em milímetros

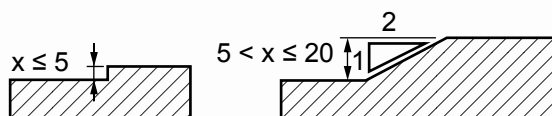


Figura 68 – Tratamento de desníveis

6.3.4.2 Em reformas, pode-se considerar o desnível máximo de 75 mm, tratado com inclinação máxima de 12,5 %, conforme a Tabela 5, sem avançar nas áreas de circulação transversal, e protegido lateralmente com elemento construído ou vegetação.

6.3.4.3 Nas áreas de circulação, quando o desnível for lateral, observar o descrito em 4.3.7.

6.3.4.4 As soleiras das portas ou vãos de passagem que apresentem desníveis de até no máximo um degrau devem ter parte de sua extensão substituída por rampa, com largura mínima de 0,90 m e com inclinação em função do desnível apresentado, atendendo aos parâmetros estabelecidos nas Tabelas 4 e 5. Parte do desnível deve ser vencida com rampa, e o restante da extensão pode permanecer com degrau, desde que associado, no mínimo em um dos lados, a uma barra de apoio horizontal ou vertical, com comprimento mínimo de 0,30 m e com o seu eixo posicionado a 0,75 m de altura do piso, sem avançar sobre a área de circulação pública.

6.3.5 Grelhas e juntas de dilatação

Em rotas acessíveis, as grelhas e juntas de dilatação devem estar fora do fluxo principal de circulação. Quando não for possível tecnicamente, os vãos devem ter dimensão máxima de 15 mm, devem ser instalados perpendicularmente ao fluxo principal ou ter vãos de formato quadriculado/circular, quando houver fluxos em mais de um sentido de circulação.

6.3.6 Tampas de caixas de inspeção e de visita

A superfície das tampas deve estar nivelada com o piso adjacente, e eventuais frestas devem possuir dimensão máxima de 15 mm. As tampas devem estar preferencialmente fora do fluxo principal de circulação.

As tampas devem ser firmes, estáveis e antiderrapantes sob qualquer condição, e as suas eventuais texturas, estampas ou desenhos na superfície não podem ser similares à sinalização de piso tátil de alerta ou direcional.

6.3.7 Capachos, forrações, carpetes, tapetes e similares

Devem ser evitados em rotas acessíveis.

Quando existentes, eles devem ser firmemente fixados ao piso, embutidos ou sobrepostos e nivelados de maneira que um eventual desnível não exceda 5 mm. As superfícies não podem ter enrugamento e as felpas ou forros não podem prejudicar o deslocamento das pessoas.

6.3.8 Sinalização no piso

A sinalização visual e tátil no piso indica situações de risco e direção. Deve atender ao disposto em 5.4.6 e em normas específicas.

6.4 Rota de fuga e área de resgate – Condições gerais

6.4.1 Rota de fuga

6.4.1.1 As rotas de fuga devem atender ao disposto na ABNT NBR 9077 e em outras regulamentações locais contra incêndio e pânico. As portas de corredores, acessos, áreas de resgate, escadas de emergência e descargas integrantes de rotas de fuga acessíveis devem ser dotadas de barras antipânico, conforme a ABNT NBR 11785.

6.4.1.2 Quando em ambientes fechados, as rotas de fuga devem ser sinalizadas conforme o disposto na Seção 5 e na ABNT NBR 13434, e iluminadas com dispositivos de balizamento de acordo com o estabelecido na ABNT NBR 10898.

6.4.1.3 Quando as rotas de fuga incorporarem escadas de emergência ou elevadores de emergência, devem ser previstas áreas de resgate com espaço reservado para P.C.R. sinalizado conforme 5.5.2.2 e de acordo com 6.4.5.

6.4.2 Área de resgate

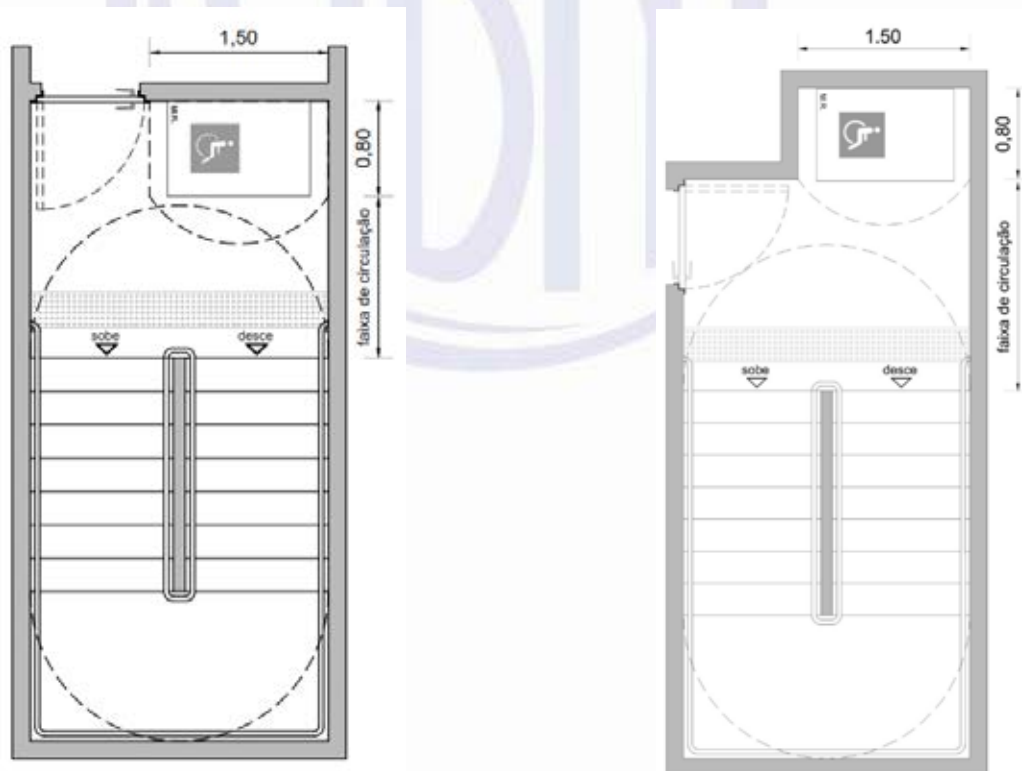
6.4.2.1 A área de resgate deve ter espaço reservado para P.C.R. com as seguintes características:

- estar localizado fora do fluxo principal de circulação;
- ser provido de dispositivo de emergência ou intercomunicador atendendo ao disposto em 4.6.9;
- ser sinalizado conforme 5.5.2.2.

6.4.2.2 Nas áreas de resgate de cada pavimento, deve ser previsto no mínimo um espaço reservado à P.C.R. a cada 500 pessoas de sua lotação, sendo no mínimo um espaço para cada escada e elevador de emergência. Se a antecâmara das escadas e a dos elevadores de emergência do pavimento forem comuns, o quantitativo de espaços reservados à P.C.R. pode ser compartilhado.

6.4.2.3 A Figura 69 apresenta alguns exemplos de espaço reservado para P.C.R. em área de resgate. Os exemplos estão apresentados com a área mínima de circulação e manobra para rotação de 180° de cadeira de rodas, conforme 4.3.4. Quando localizado em nichos, devem ser respeitados os parâmetros mínimos definidos em 4.3.6.

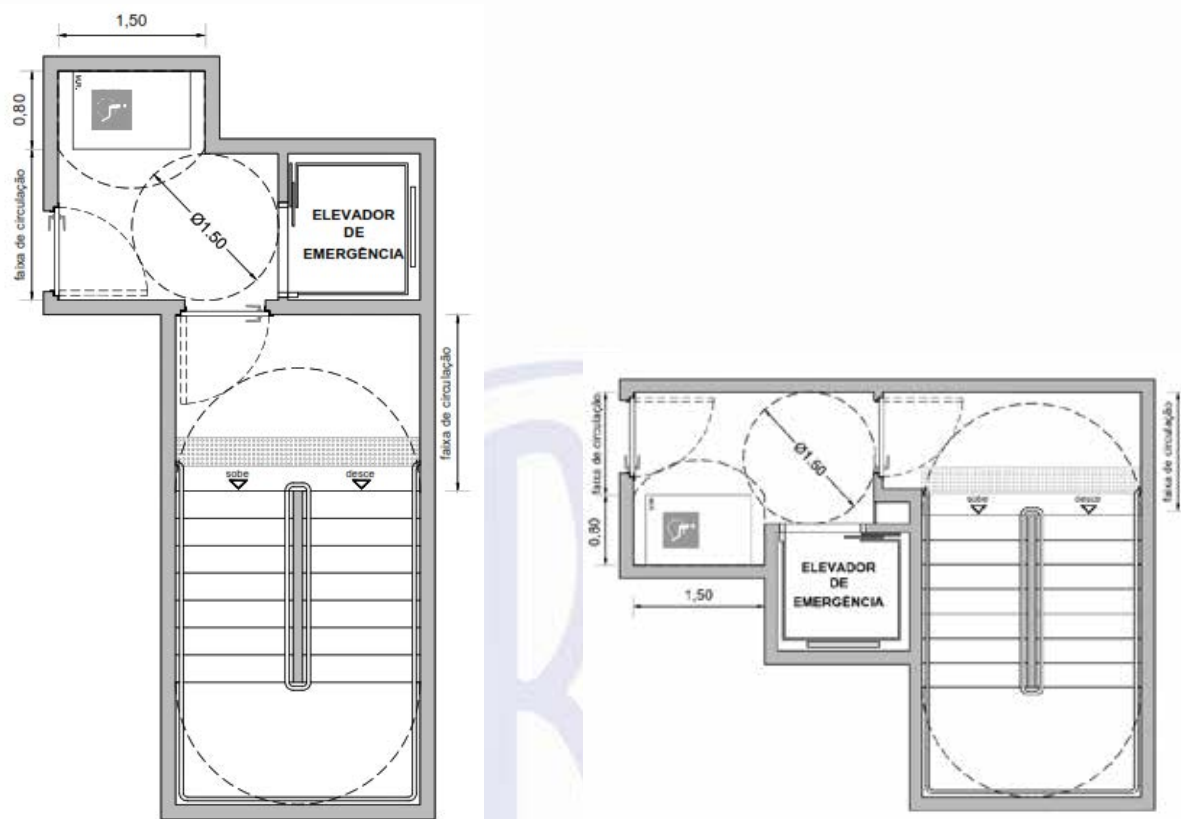
Dimensões em metros



a) Espaço reservado para P.C.R. – Exemplo 1

b) Espaço reservado para P.C.R. – Exemplo 2

Figura 69 – Espaço reservado para P.C.R. em área de resgate – Exemplos (continua)



c) Espaço reservado para P.C.R. – Exemplo 3

d) Espaço reservado para P.C.R. – Exemplo 4

Figura 69 (conclusão)

6.4.2.4 Em edificações existentes, em que seja impraticável a previsão da área de resgate, deve ser definido um plano de fuga em que constem os procedimentos de resgate para as pessoas com os diferentes tipos de deficiência.

6.5 Área de descanso

Recomenda-se prever uma área de descanso, fora da faixa de circulação, a cada 50 m, para piso com até 3 % de inclinação, ou a cada 30 m, para piso com 3 % a 5 % de inclinação. Recomenda-se a instalação de bancos com encosto e braços. Para inclinações superiores a 5 %, deve ser atendido o descrito em 6.6. Estas áreas devem estar dimensionadas para permitir também a manobra de cadeiras de rodas.

6.6 Rampas

6.6.1 Gerais

São consideradas rampas às superfícies de piso com declividade igual ou superior a 5 %. Os pisos das rampas devem atender às condições de 6.3.

6.6.2 Dimensionamento

Para garantir que uma rampa seja acessível, são definidos os limites máximos de inclinação, os desníveis a serem vencidos e o número máximo de segmentos.

A inclinação das rampas, conforme a Figura 70, deve ser calculada conforme a seguinte equação:

$$i = \frac{h \times 100}{c}$$

onde

i é a inclinação, expressa em porcentagem (%);

h é a altura do desnível;

c é o comprimento da projeção horizontal.

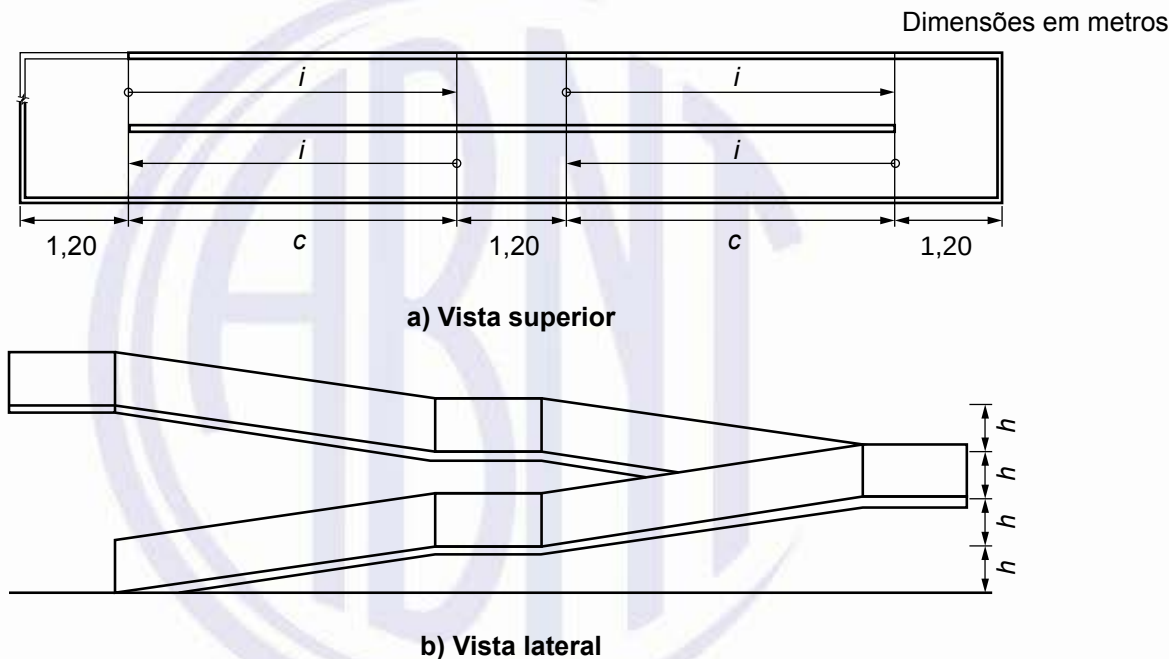


Figura 70 – Dimensionamento de rampas

6.6.2.1 As rampas devem ter inclinação de acordo com os limites estabelecidos na Tabela 4. Para inclinação entre 6,25 % e 8,33 %, é recomendado criar áreas de descanso (ver 6.5) nos patamares, a cada 50 m de percurso. Excetuam-se deste requisito as rampas citadas em 10.4 (plateia e palcos), 10.12 (piscinas) e 10.14 (praias).

Tabela 4 – Dimensionamento de rampas

Desníveis máximos de cada segmento de rampa <i>h</i> m	Inclinação admissível em cada segmento de rampa <i>i</i> %	Número máximo de segmentos de rampa
1,50	5,00 (1:20)	Sem limite
1,00	5,00 (1:20) < <i>i</i> ≤ 6,25 (1:16)	Sem limite
0,80	6,25 (1:16) < <i>i</i> ≤ 8,33 (1:12)	15

6.6.2.2 Em reformas, quando esgotadas as possibilidades de soluções que atendam integralmente à Tabela 4, podem ser utilizadas inclinações superiores a 8,33 % (1:12) até 12,5 % (1:8), conforme a Tabela 5.

Tabela 5 – Dimensionamento de rampas para situações excepcionais

Desníveis máximos de cada segmento de rampa <i>h</i> m	Inclinação admissível em cada segmento de rampa <i>i</i> %	Número máximo de segmentos de rampa
0,20	8,33 (1:12) < <i>i</i> ≤ 10,00 (1:10)	4
0,075	10,00 (1:10) < <i>i</i> ≤ 12,5 (1:8)	1

6.6.2.3 Para rampas em curva, a inclinação máxima admissível é de 8,33 % (1:12) e o raio mínimo de 3,00 m, medido no perímetro interno à curva, conforme a Figura 71.

Dimensões em metros

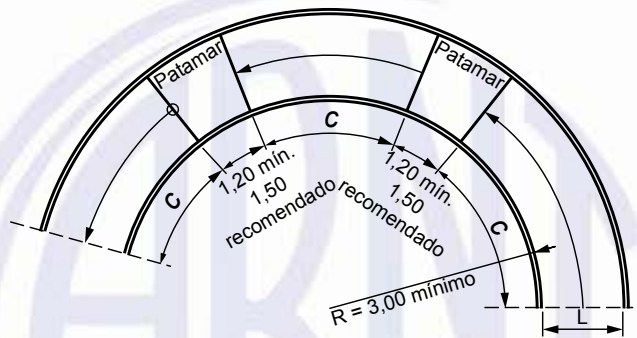


Figura 71 – Rampa em curva – Planta

6.6.2.4 A inclinação transversal não pode exceder 2 % em rampas internas e 3 % em rampas externas.

6.6.2.5 A largura das rampas (*L*) deve ser estabelecida de acordo com o fluxo de pessoas. A largura livre mínima recomendável para as rampas em rotas acessíveis é de 1,50 m, sendo o mínimo admissível de 1,20 m.

6.6.2.6 Toda rampa deve possuir corrimão com duas alturas em cada lado, conforme demonstrado na Figura 72.

6.6.2.7 Em edificações existentes, quando a construção de rampas nas larguras indicadas ou a adaptação da largura das rampas for impraticável, as rampas podem ser executadas com largura mínima de 0,90 m e com segmentos de no máximo 4,00 m de comprimento, medidos na sua projeção horizontal, desde que respeitadas as Tabelas 4 e 5. No caso de mudança de direção, devem ser respeitados os parâmetros de área de circulação e manobra previstos em 4.3.

6.6.2.8 Quando não houver paredes laterais, as rampas devem incorporar elementos de segurança, como guarda-corpo, corrimãos e guias de balizamento com altura mínima de 0,05 m, instalados ou construídos nos limites da largura da rampa, conforme a Figura 72.

6.6.2.9 A projeção dos corrimãos pode incidir dentro da largura mínima admissível da rampa em até 10 cm de cada lado, exceto nos casos previstos em 6.6.2.7.

6.6.3 Guia de balizamento

A guia de balizamento pode ser de alvenaria ou de outro material alternativo, com a mesma finalidade, com altura mínima de 5 cm. Deve atender às especificações da Figura 72 e ser garantida em rampas e escadas.

Dimensões em metros

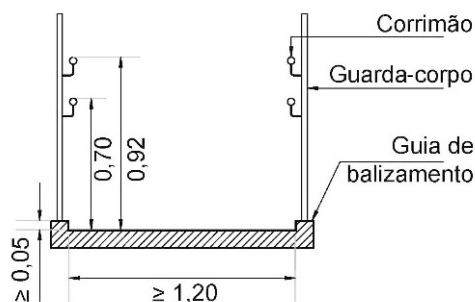


Figura 72 – Guia de balizamento

6.6.4 Patamares das rampas

Os patamares no início e no término das rampas devem ter dimensão longitudinal mínima de 1,20 m. Entre os segmentos de rampa devem ser previstos patamares intermediários com dimensão longitudinal mínima de 1,20 m, conforme a Figura 73. Os patamares situados em mudanças de direção devem ter dimensões iguais à largura da rampa.

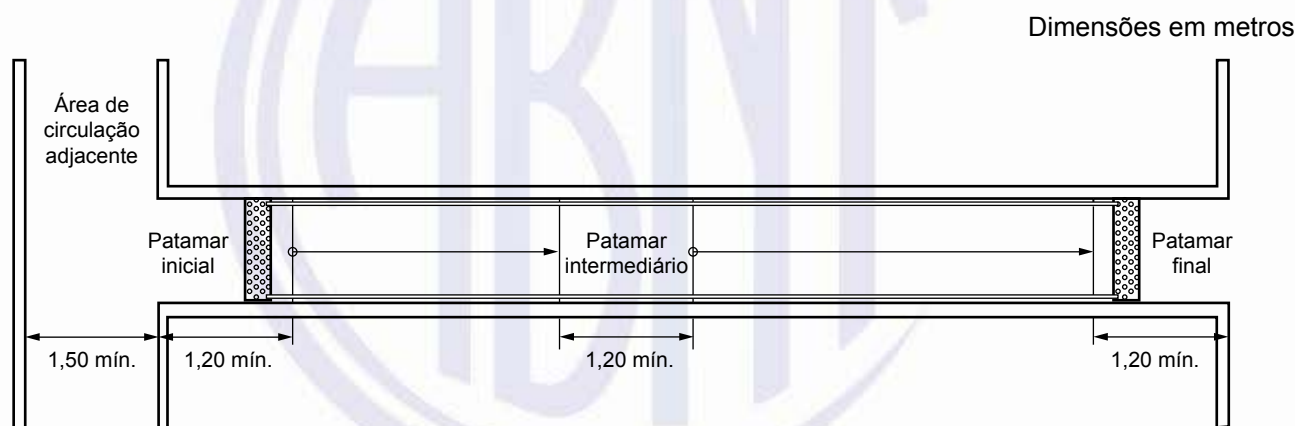


Figura 73 – Patamares das rampas – Vista superior

6.6.4.1 Quando houver porta nos patamares, sua área de varredura não pode interferir na dimensão mínima do patamar.

6.6.4.2 A inclinação transversal dos patamares não pode exceder 2 % em rampas internas e 3 % em rampas externas.

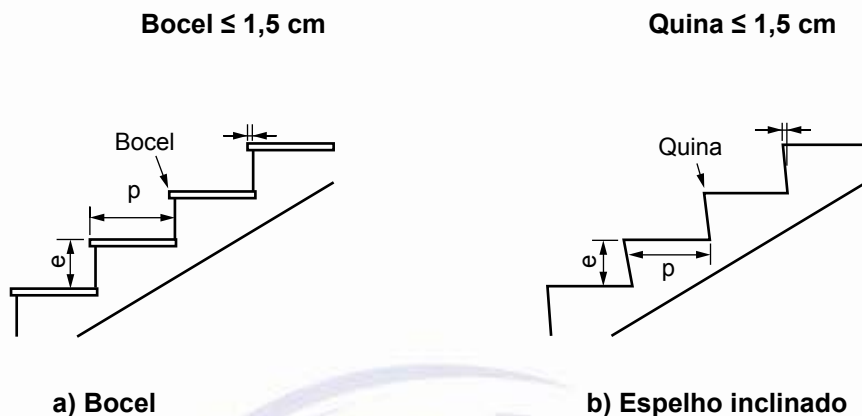
6.7 Degraus e escadas fixas em rotas acessíveis

Quando houver degraus ou escadas em rotas acessíveis, estes devem estar associados a rampas ou equipamentos eletromecânicos de transporte vertical. Deve-se dar preferência à rampa.

6.7.1 Características dos pisos e espelhos

Nas rotas acessíveis não podem ser utilizados degraus e escadas fixas com espelhos vazados. Quando houver bocel ou espelho inclinado, a projeção da aresta pode avançar no máximo 1,5 cm sobre o piso abaixo, conforme a Figura 74.

Dimensões em centímetros

**Legenda** e altura do degrau = espelho p largura do degrau = piso**Figura 74 – Altura e largura do degrau****6.7.2 Dimensionamento de degraus isolados**

A sequência de até dois degraus é considerada degrau isolado. Degraus isolados devem ser evitados.

Quando utilizados, devem:

- a) seguir o dimensionamento conforme 6.8.2;
- b) conter corrimão conforme 6.9;
- c) ser devidamente sinalizados em toda a sua extensão, conforme 5.4.4.1.

Rampas junto aos degraus isolados devem ter largura livre mínima de 1,20 m, conforme 6.6.2.5.

Quando o degrau isolado for uma soleira, deve ser atendido o descrito em 6.3.4.4.

6.8 Escadas

6.8.1 Uma sequência de três degraus ou mais é considerada escada.

6.8.2 As dimensões dos pisos e espelhos devem ser constantes em toda a escada ou degraus isolados. Para o dimensionamento, devem ser atendidas as seguintes condições:

- a) $0,63 \text{ m} \leq p + 2e \leq 0,65 \text{ m}$;
- b) pisos (p): $0,28 \text{ m} \leq p \leq 0,32 \text{ m}$; e
- c) espelhos (e): $0,16 \text{ m} \leq e \leq 0,18 \text{ m}$.

6.8.3 A largura das escadas deve ser estabelecida de acordo com o fluxo de pessoas, conforme a ABNT NBR 9077. A largura mínima para escadas em rotas acessíveis é de 1,20 m, e elas devem dispor de guia de balizamento conforme 6.6.3.

6.8.4 Em construções novas, o primeiro e o último degraus de um lance de escada devem distar no mínimo 0,30 m da área de circulação adjacente e devem estar sinalizados de acordo com o disposto na Seção 5.

6.8.5 A inclinação transversal dos degraus não pode exceder 1 % em escadas internas e 2 % em escadas externas.

6.8.6 Escadas com lances curvos ou mistos devem atender à ABNT NBR 9077, porém é necessário que, à distância de 0,55 m da borda interna da escada, correspondente à linha imaginária sobre a qual sobe ou desce uma pessoa que segura o corrimão, os pisos e espelhos sejam dimensionados conforme 6.8.2 e Figura 75.

Dimensões em metros

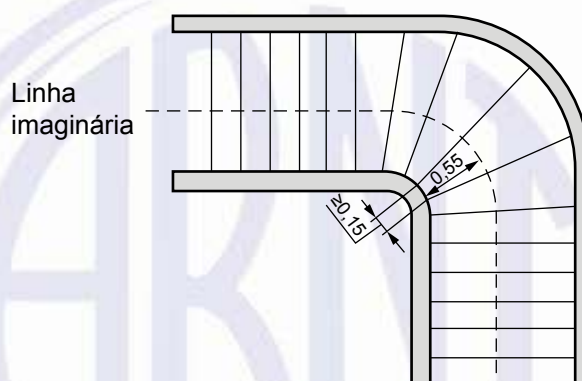


Figura 75 – Escada com lances curvos – Vista superior

6.8.7 As escadas devem ter no mínimo um patamar a cada 3,20 m de desnível e sempre que houver mudança de direção.

6.8.8 Entre os lances da escada devem ser previstos patamares com dimensão longitudinal mínima de 1,20 m. Os patamares situados em mudanças de direção devem ter dimensões iguais à largura da escada. Quando houver porta nos patamares, sua área de varredura não pode interferir na dimensão mínima do patamar.

6.8.9 A inclinação transversal dos patamares não pode exceder 1 % em escadas internas e 2 % em escadas externas.

6.9 Corrimãos e guarda-corpos

6.9.1 Generalidades

Os corrimãos podem ser acoplados aos guarda-corpos e devem ser construídos com materiais rígidos. Devem ser firmemente fixados às paredes ou às barras de suporte, garantindo condições seguras de utilização. Devem ser sinalizados conforme a Seção 5.

Quando não houver paredes laterais, as rampas ou escadas devem incorporar elementos de segurança, como guia de balizamento e guarda-corpo, e devem respeitar os demais itens de segurança desta Norma, como dimensionamento, corrimãos e sinalização.

Os valores identificados como máximos e mínimos, citados em 6.9.2 a 6.9.4, devem ser considerados absolutos, e as demais dimensões devem ter tolerância de mais ou menos 20 mm.

6.9.2 Guarda-corpos

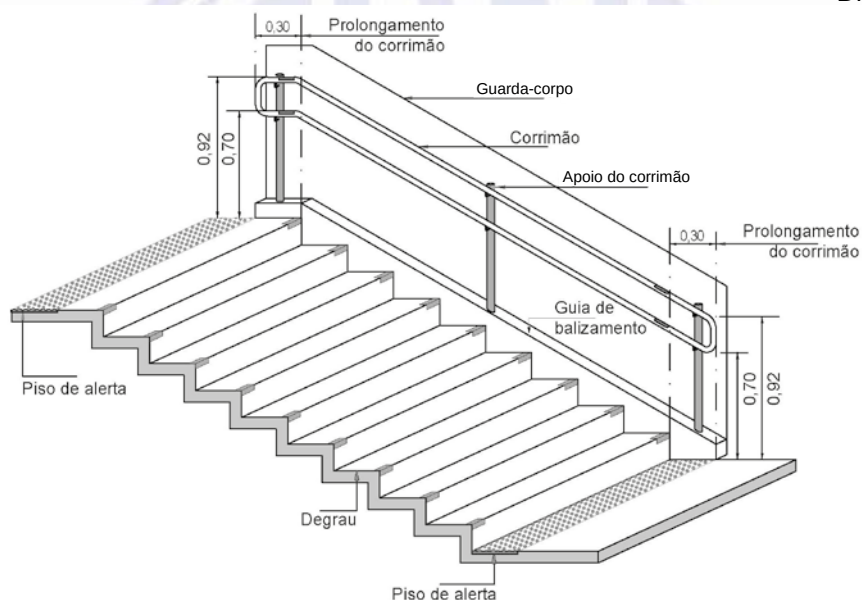
Os guarda-corpos devem atender às ABNT NBR 9077 e ABNT NBR 14718.

6.9.3 Corrimãos

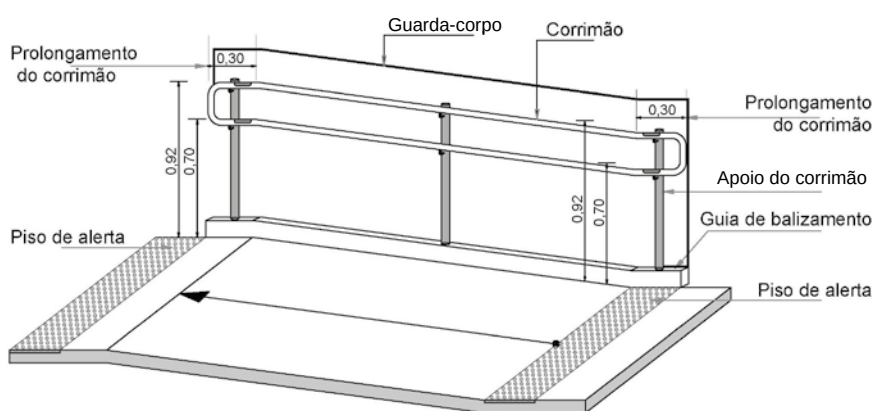
6.9.3.1 O dimensionamento dos corrimãos deve atender ao descrito em 4.6.5.

6.9.3.2 Os corrimãos devem ser instalados em rampas e escadas em ambos os lados, a 0,92 m e a 0,70 m do piso, medidos da face superior até o bocel ou quina do degrau (no caso de escadas) ou do patamar, acompanhando a inclinação da rampa, conforme a Figura 76. Devem prolongar-se por no mínimo 0,30 m nas extremidades. No caso de escadas em curva, é necessário atender ao descrito em 6.8.6. Quando se tratar de degrau isolado (ver 6.7.2), a instalação de corrimão ou barra de apoio é obrigatória e deve atender ao descrito em 6.9.4.1 ou 6.9.4.2.

Dimensões em metros



a) Corrimão em escadas



b) Corrimão em rampas

Figura 76 – Corrimãos em escada e rampa

6.9.3.3 Os corrimãos laterais devem ser contínuos, sem interrupção nos patamares das escadas e rampas, e sem interferir com áreas de circulação ou prejudicar a vazão, conforme a Figura 76.

6.9.3.4 As extremidades dos corrimãos devem ter acabamento recurvado, ser fixadas ou justapostas à parede ou piso, ou ainda ter desenho contínuo, sem protuberância, conforme a Figura 76.

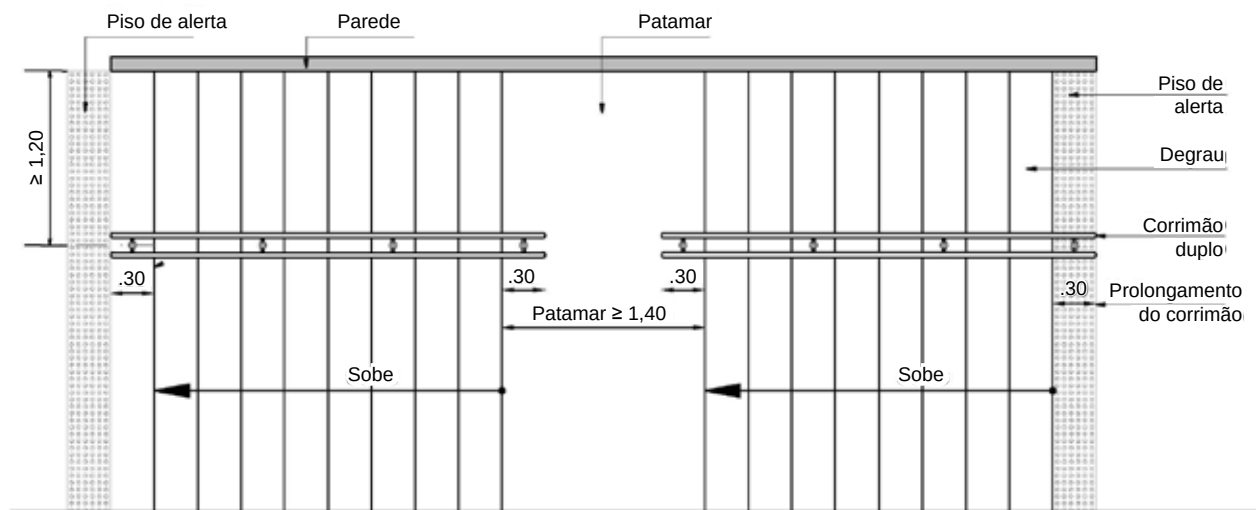
NOTA Em edificações existentes, onde for impraticável promover o prolongamento do corrimão no sentido do caminhar, este pode ser feito ao longo da área de circulação ou fixado na parede adjacente.

6.9.3.5 Em escadas e rampas com largura igual ou superior a 2,40 m, a instalação de corrimãos deve atender no mínimo a uma das seguintes condições, salvo escadas e rampas contempladas em 6.4.1.1:

- corrimãos laterais contínuos, em ambos os lados, com duas alturas de 0,70 m e 0,92 m do piso, conforme 6.9.3.3 e Figura 76;
- corrimão intermediário, duplo e com duas alturas, de 0,70 m e 0,92 m do piso, garantindo a largura mínima de passagem de 1,20 m, respeitando 6.9.3.6 e a Figura 77.

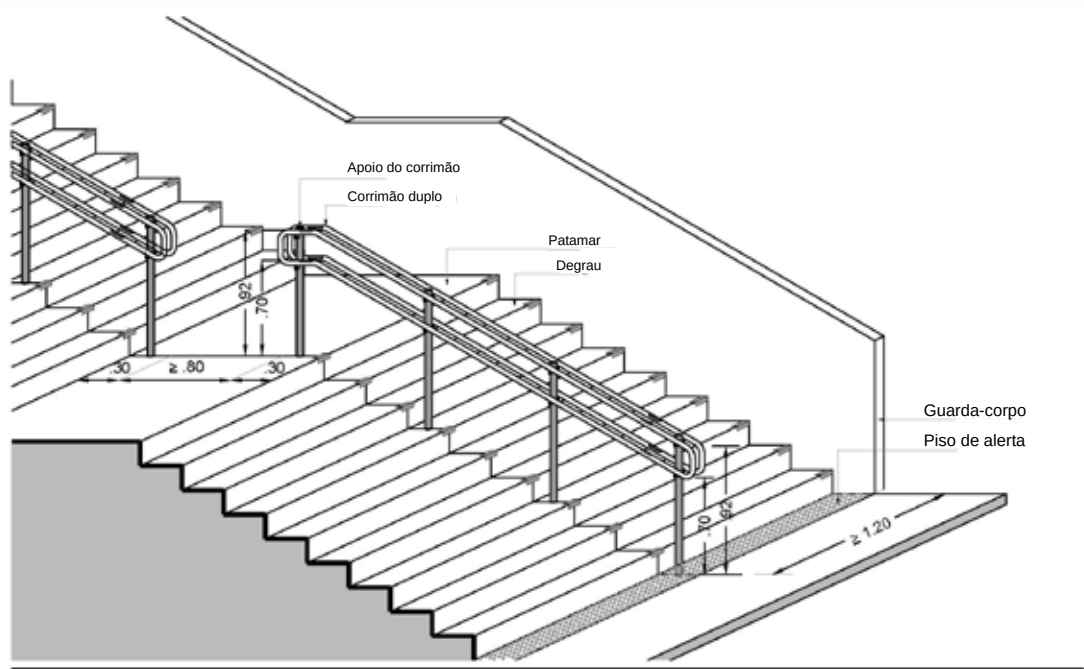
6.9.3.6 Os corrimãos intermediários devem ser interrompidos somente quando o comprimento do patamar for superior a 1,40 m, garantindo o espaçamento mínimo de 0,80 m entre o término de um segmento e o início do seguinte, conforme a Figura 77.

Dimensões em metros



a) Vista superior

Figura 77 – Corrimãos intermediários interrompidos no patamar (continua)



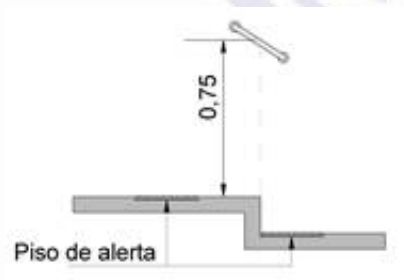
b) Perspectiva

Figura 77 (conclusão)

6.9.4 Corrimão em degrau isolado

6.9.4.1 Quando se tratar de degrau isolado, com um único degrau, deve ser instalado um corrimão, respeitando o descrito em 4.6.5, com comprimento mínimo de 0,30 m, cujo ponto central esteja posicionado a 0,75 m de altura, medida a partir do bocel ou quina do degrau, conforme a Figura 78.

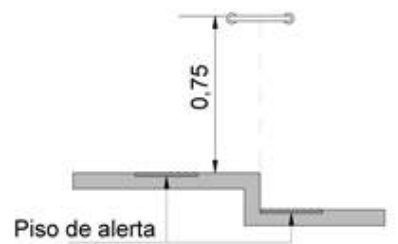
Dimensões em metros



a) Barra de apoio inclinada



b) Barra de apoio vertical



c) Barra de apoio horizontal

Figura 78 – Barra de apoio em degrau isolado único

6.9.4.2 Quando se tratar de degrau isolado, com dois degraus, os corrimãos devem ser instalados a 0,92 m e a 0,70 m de altura do piso, medida da face superior até o bocel ou quina do degrau em ambos os lados, com duas alturas, conforme a Figura 79. Se o vão for igual ou superior a 2,40 m, pode ser adotado um só corrimão intermediário com duas alturas, a 0,92 m e a 0,70 m de altura do piso, medida da face superior até o bocel ou quina do degrau, conforme a Figura 80. Os corrimãos devem prolongar-se por no mínimo 0,30 m nas extremidades.

Dimensões em metros

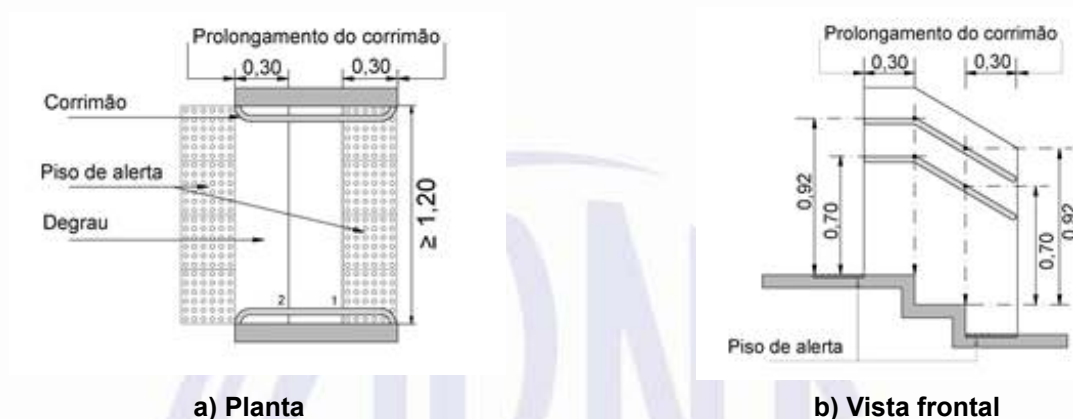


Figura 79 – Corrimão lateral em degrau isolado com dois degraus

Dimensões em metros

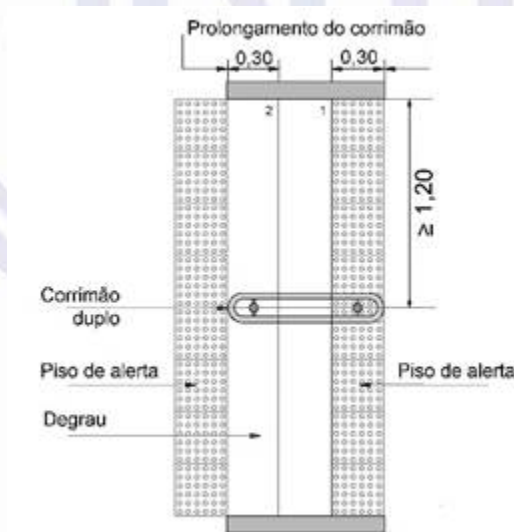


Figura 80 – Corrimão intermediário com duas alturas em degrau isolado, com dois degraus em planta – Exemplo

6.10 Equipamentos eletromecânicos de circulação

6.10.1 Condições gerais

6.10.1.1 As instruções de uso dos equipamentos eletromecânicos de circulação devem estar em concordância com a Tabela 6.

6.10.1.2 Na inoperância temporária de equipamento eletromecânico de circulação, deve haver sinalização para informar a outra forma de circulação. Para garantir a segurança, deve-se dispor de procedimentos e pessoal treinado para assistência alternativa.

Tabela 6 – Resumo da sinalização dos equipamentos eletromecânicos de circulação

Sinalização	Equipamento					
	Elevadores verticais ou inclinados	Plataforma de elevação vertical	Plataforma de elevação inclinada	Esteira rolante horizontal ou inclinada	Escada rolante	Escada rolante com degrau para cadeira de rodas
Sinalização visual permanente	Instrução de uso, indicação da posição para embarque e indicação dos pavimentos atendidos		Nos degraus da escada fixa, faixa na projeção do limite da plataforma aberta, ao longo de todo o trajeto	Instrução de uso, indicação da posição para embarque e indicação dos pavimentos atendidos		
	—		Limite da projeção do percurso com o equipamento aberto	Indicação do sentido do movimento-limite dos degraus em cor contrastante		
Sinalização tátil (caracteres em relevo e em Braille)	Instrução de uso, indicação da posição para embarque e indicação dos pavimentos atendidos		Instrução de uso da obrigatoriedade de acompanhamento	Instrução de uso, indicação da posição para embarque e indicação dos pavimentos atendidos	—	—
	Dos comandos e pavimentos	—	—	—	—	—
Sinalização tátil de piso	Junto à porta		—	Antes do equipamento, nos dois pavimentos atendidos		
Sinalização visual temporária	Indisponibilidade do equipamento, quando estiver fora de uso					
Sinalização visual da condição de utilização	Autônoma		Acompanhada	—	Acompanhada	Acompanhada
Dispositivo de comunicação para solicitação de auxílio	Pavimentos e equipamentos		Pavimentos		Pavimentos	Pavimentos
Sinalização sonora	Informa o pavimento em equipamentos com mais de duas paradas		Alarme sonoro durante a movimentação da plataforma	—	—	—

6.10.2 Elevador vertical ou inclinado

6.10.2.1 O elevador vertical deve atender à ABNT NBR NM 313.

6.10.2.2 Externa e internamente nos elevadores verticais ou inclinados, deve haver sinalização tátil e visual conforme estabelecido na Seção 5, informando:

- a) instrução de uso, fixada próximo à botoeira;
- b) indicação da posição para embarque e desembarque;
- c) indicação dos pavimentos atendidos nas botoeiras e batentes;
- d) dispositivo de chamada dentro do alcance manual.

6.10.2.3 Em elevadores verticais ou inclinados, deve haver dispositivo de comunicação para solicitação de auxílio nos pavimentos e no equipamento.

6.10.2.4 Em caso de reforma, em que as dimensões mínimas dos poços dos elevadores sejam inferiores às medidas previstas na ABNT NBR NM 313, o elevador deve atender a todas as outras exigências da norma, para ser acessível a outras pessoas com deficiência, e no edifício deve ser prevista outra forma de circulação vertical acessível.

6.10.3 Plataforma de elevação vertical

6.10.3.1 As plataformas de percurso aberto devem ter fechamento contínuo e não podem ter vãos, em todas as laterais, até a altura de 1,10 m do piso da plataforma.

6.10.3.2 A plataforma de percurso aberto só é usada em percursos até 2,00 m, nos intervalos de 2,00 m a 4,00 m, e somente com caixa enclausurada (percurso fechado).

6.10.3.3 A plataforma deve possuir dispositivo de comunicação para solicitação de auxílio nos pavimentos atendidos e no equipamento para utilização acompanhada e/ou assistida.

6.10.3.4 As plataformas de elevação vertical devem atender à ABNT NBR ISO 9386-1.

6.10.4 Plataforma de elevação inclinada

Os parâmetros para esse equipamento devem atender à ABNT NBR ISO 9386-2.

6.10.4.1 A plataforma de elevação inclinada pode ser utilizada em reformas de edificações de uso público ou coletivo, quando demonstrada a impraticabilidade de outra forma de acesso, através de laudo técnico emitido por profissional habilitado.

6.10.4.2 Quando utilizada, deve ser garantido que haja parada programada nos patamares ou pelo menos a cada 3,20 m de desnível. Deve ser previsto assento escamoteável ou rebatível para uso de pessoas com mobilidade reduzida.

6.10.4.3 Na área de espera para embarque da plataforma de elevação inclinada, deve haver sinalização tátil e visual informando a obrigatoriedade de acompanhamento por pessoal habilitado durante a sua utilização, e um intercomunicador para solicitação de auxílio, instalado a uma altura de 0,80 m a 1,00 m do piso, conforme a Figura 81.

6.10.4.4 Nas plataformas de elevação inclinada, deve haver sinalização visual no piso, em cor contrastante com a adjacente, demarcando a área de espera para embarque e o limite da projeção do percurso do equipamento aberto ou em funcionamento, conforme a Figura 81.

Dimensões em metros

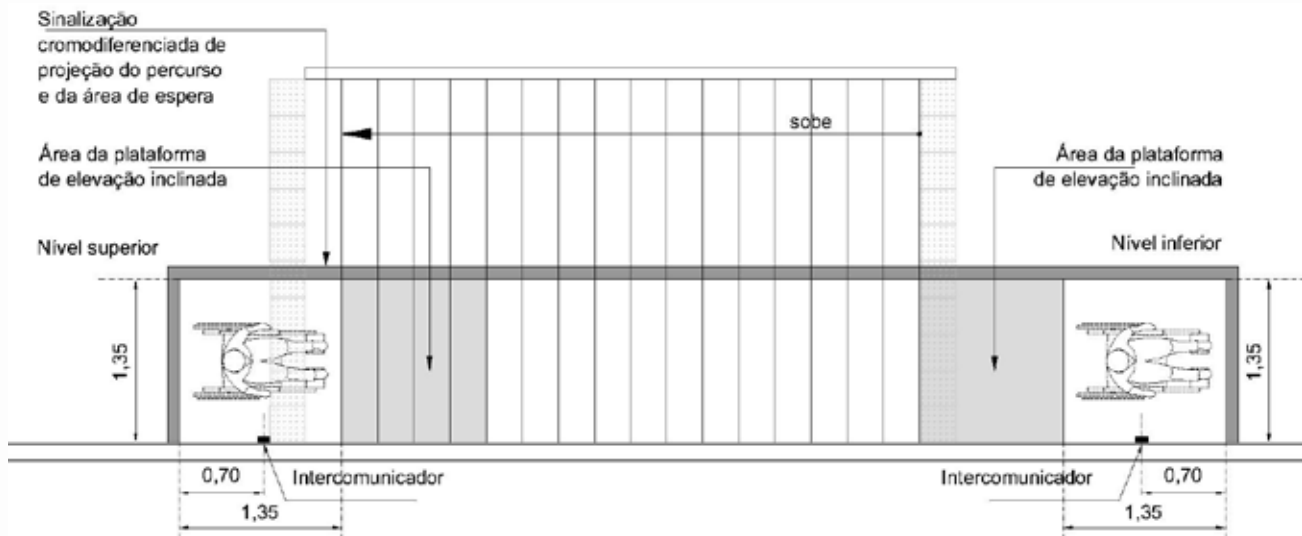


Figura 81 – Sinalização de piso junto à plataforma de elevação inclinada – Vista superior

6.10.5 Esteira rolante horizontal ou inclinada

Esteiras rolantes não podem compor rotas acessíveis. Quando existentes, deve haver sinalização indicativa da rota acessível disponível.

6.10.6 Escada rolante com plataforma para cadeira de rodas

Nas escadas rolantes com plataforma para cadeira de rodas, deve haver informação da obrigatoriedade de acompanhamento por pessoal habilitado durante a sua utilização e também de dispositivo de comunicação para solicitação de auxílio nos pavimentos.

6.10.7 Dispositivos complementares de circulação

Equipamentos que não permitam utilização autônoma ou que tenham uma utilização limitada, como plataformas com assento fixo e transportador de cadeira de rodas com esteira, não são considerados dispositivos de acessibilidade.

6.11 Circulação interna

6.11.1 Corredores

Os corredores devem ser dimensionados de acordo com o fluxo de pessoas, assegurando uma faixa livre de barreiras ou obstáculos, conforme 6.12.6. As larguras mínimas para corredores em edificações e equipamentos urbanos são:

- 0,90 m para corredores de uso comum com extensão até 4,00 m;
- 1,20 m para corredores de uso comum com extensão até 10,00 m; e 1,50 m para corredores com extensão superior a 10,00 m;
- 1,50 m para corredores de uso público;
- maior que 1,50 m para grandes fluxos de pessoas, conforme aplicação da equação apresentada em 6.12.6.

6.11.1.1 Em edificações e equipamentos urbanos existentes, onde a adequação dos corredores seja impraticável, devem ser implantados bolsões de retorno com dimensões que permitam a manobra completa de uma cadeira de rodas (180°), sendo no mínimo um bolsão a cada 15,00 m. Neste caso, a largura mínima do corredor deve ser de 0,90 m.

6.11.1.2 Para transposição de obstáculos, objetos e elementos com no máximo 0,40 m de extensão, a largura mínima do corredor deve ser de 0,80 m, conforme 4.3.2. Acima de 0,40 m de extensão, a largura mínima deve ser de 0,90 m.

6.11.2 Portas

6.11.2.1 Para utilização das portas em sequência, conforme a Figura 82, é necessário garantir o espaço para rotação de 360° , o espaço para varredura das portas, os 0,60 m ao lado da maçaneta, para permitir o alcance, a aproximação e a circulação de uma pessoa em cadeira de rodas. O vão livre da porta deve ser maior ou igual a 0,80 m, conforme 6.11.2.4.

Dimensões em metros

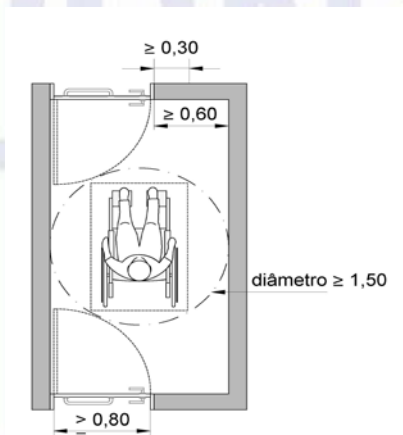


Figura 82 – Espaço para transposição de portas

6.11.2.2 No deslocamento frontal, quando as portas abrirem no sentido do deslocamento do usuário, deve existir um espaço livre de 0,30 m entre a parede e a porta, e quando abrirem no sentido oposto ao deslocamento do usuário, deve existir um espaço livre de 0,60 m, contíguo à maçaneta, conforme a Figura 83. Na impraticabilidade da existência destes espaços livres, deve-se garantir equipamento de automação da abertura e fechamento das portas através de botoeira ou sensor, conforme 6.11.2.9 e 6.11.2.10.

6.11.2.3 No deslocamento lateral, deve ser garantido 0,60 m de espaço livre de cada um dos lados, conforme a Figura 84. Na impraticabilidade da existência destes espaços livres, deve-se garantir equipamento de automação da abertura e fechamento das portas através de botoeira ou sensor, conforme 6.11.2.9 e 6.11.2.10.

NOTA Esses espaços são necessários para facilitar a abertura da porta às pessoas em cadeira de rodas.

Dimensões em metros

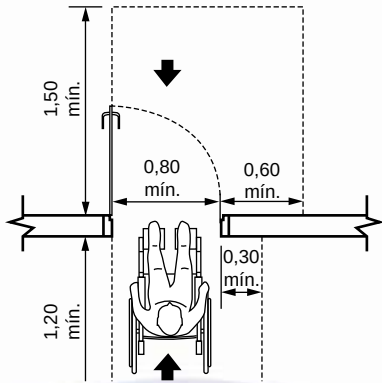


Figura 83 – Deslocamento frontal

Dimensões em metros

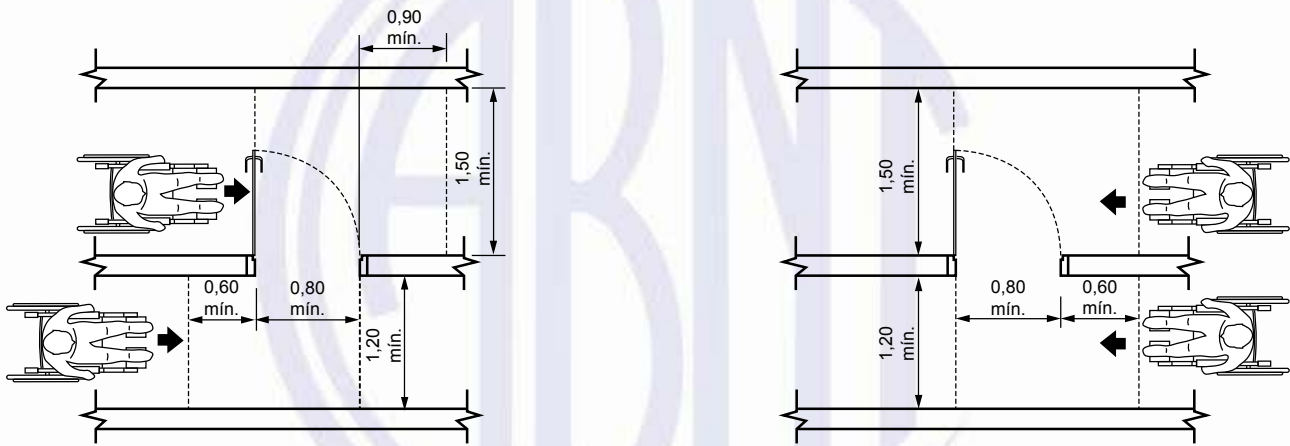


Figura 84 – Deslocamento lateral

6.11.2.4 As portas, quando abertas, devem ter um vão livre maior ou igual a 0,80 m de largura e 2,10 m de altura. Em portas de duas ou mais folhas, pelo menos uma delas deve ter o vão livre maior ou igual a 0,80 m. As portas dos elevadores devem atender ao estabelecido na ABNT NBR NM 313.

O vão livre maior ou igual a 0,80 m deve ser garantido também no caso de portas de correr e sanfonada, onde as maçanetas impeçam o seu recolhimento total, conforme a Figura 85. Quando instaladas em locais de prática esportiva, as portas devem ter um vão livre maior ou igual a 1,00 m.

Admite-se menos 20 mm nas dimensões dos vãos livres.

Dimensões em metros



a) Porta de correr – Vista superior

b) Porta sanfonada – Vista superior

Figura 85 – Vãos de portas de correr e sanfonada

6.11.2.5 O mecanismo de acionamento das portas deve requerer força humana direta igual ou inferior a 36 N.

6.11.2.6 As portas devem ter condições de serem abertas com um único movimento, e suas maçanetas devem ser do tipo alavanca, instaladas a uma altura entre 0,80 m e 1,10 m. Recomenda-se que as portas tenham, na sua parte inferior, no lado oposto ao seu lado de abertura, um revestimento resistente a impactos provocados por bengalas, muletas e cadeiras de rodas, até a altura de 0,40 m a partir do piso, conforme a Figura 86.

6.11.2.7 As portas de sanitários e vestiários devem ter, no lado oposto ao seu lado de abertura, um puxador horizontal, conforme 4.6.6.3, instalado à altura da maçaneta. O vão entre os batentes das portas deve ser maior ou igual a 0,80 m.

Recomenda-se ter um revestimento resistente a impactos conforme a Figura 86 e que estas portas ou batentes tenham cor contrastante com as cores da parede e do piso, de forma a facilitar a sua localização. O dispositivo de travamento deve observar o descrito em 4.6.8.

Dimensões em metros

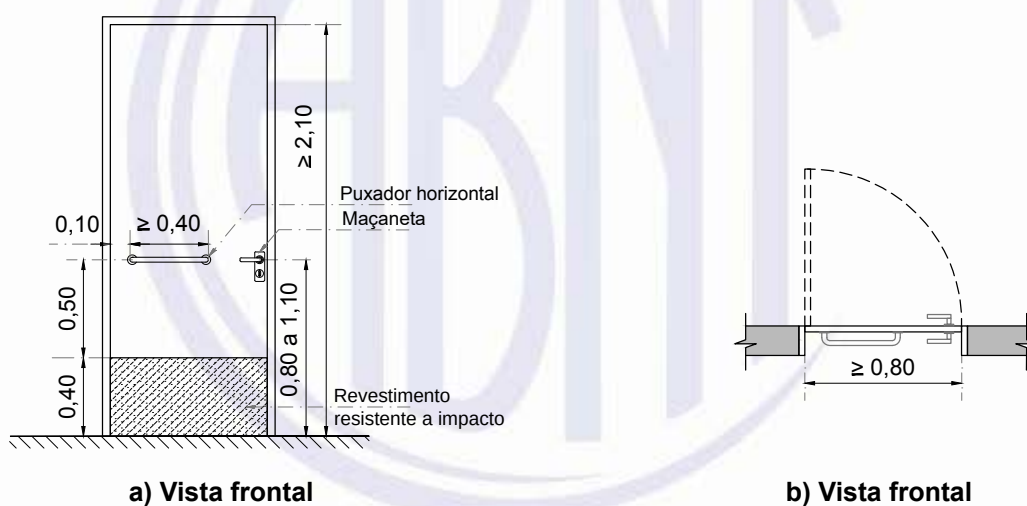


Figura 86 – Porta de sanitários e vestiários

6.11.2.8 As portas do tipo vaivém devem ter visor com largura mínima de 0,20 m, tendo sua face inferior situada entre 0,40 m e 0,90 m do piso, e a sua face superior no mínimo a 1,50 m do piso. O visor deve estar localizado no mínimo entre o eixo vertical central da porta e o lado oposto às dobradiças da porta, conforme a Figura 87.

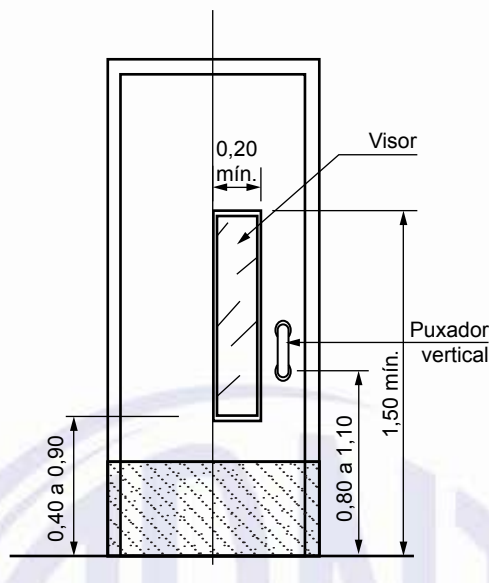


Figura 87 – Porta do tipo vaivém

6.11.2.9 Quando as portas forem providas de dispositivos de acionamento pelo usuário, estes devem estar instalados fora da área de abertura da folha da porta e à altura de alcance entre 0,80 m e 1,00 m.

6.11.2.10 Quando as portas forem acionadas por sensores ópticos, estes devem estar ajustados para detectar pessoas de baixa estatura, crianças e usuários de cadeiras de rodas. Deve também ser previsto dispositivo de segurança que impeça o fechamento da porta sobre a pessoa.

6.11.2.11 Em portas de correr, recomenda-se a instalação de trilhos na sua parte superior. Os trilhos ou as guias inferiores devem estar nivelados com a superfície do piso, e eventuais frestas resultantes da guia inferior devem ter largura de no máximo 15 mm.

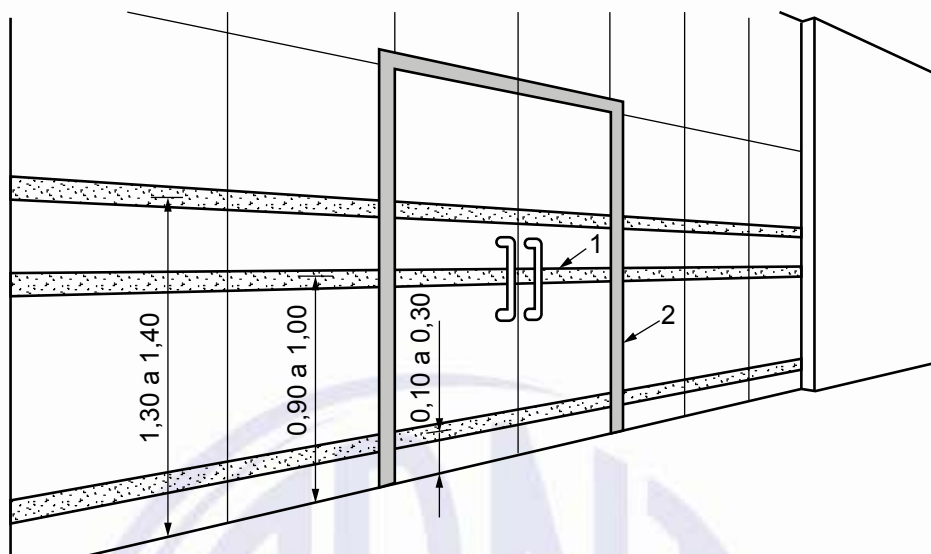
6.11.2.12 Quando instaladas em locais de prática de esportes, as portas devem ter vão livre mínimo de 1,00 m.

6.11.2.13 Portas e paredes envidraçadas, localizadas nas áreas de circulação, devem ser claramente identificadas com sinalização visual de forma contínua, para permitir a fácil identificação visual da barreira física. Para isto também devem ser consideradas as diferentes condições de iluminação de ambos os lados das paredes ou portas de vidro.

Características da sinalização visual nas portas e paredes de vidro:

- a) a sinalização deve ser contínua, composta por uma faixa com no mínimo 50 mm de espessura, instalada a uma altura entre 0,90 m e 1,00 m em relação ao piso acabado. Esta faixa pode ser substituída por uma composta por elementos gráficos instalados de forma contínua, cobrindo no mínimo a superfície entre 0,90 m e 1,00 m em relação ao piso;
- b) nas portas das paredes envidraçadas que façam parte de rotas acessíveis, deve haver uma faixa de sinalização visual emoldurando-as, com dimensão mínima de 50 mm de largura, conforme a Figura 88, ou outra forma de evidenciar o local de passagem;
- c) recomenda-se que a faixa tenha duas cores, com o mínimo de 30 pontos de contraste de LRV entre elas;
- d) recomenda-se a aplicação de mais duas faixas contínuas com no mínimo 50 mm de altura, uma a ser instalada entre 1,30 m e 1,40 m, e a outra entre 0,10 m e 0,30 m, em relação ao piso acabado, conforme a Figura 88.

Dimensões em metros

**Legenda**

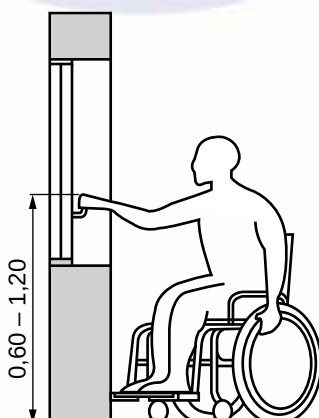
- 1 sinalização visual de forma contínua, com dimensão mínima de 50 mm de largura
- 2 sinalização visual emoldurando a porta, com dimensão mínima de 50 mm de largura

Figura 88 – Sinalização nas portas e paredes de vidro**6.11.3 Janelas**

6.11.3.1 A altura das janelas deve considerar os limites de alcance visual conforme 4.8, exceto em locais onde devam prevalecer a segurança e a privacidade.

6.11.3.2 Cada folha ou módulo de janela deve poder ser operado com um único movimento, utilizando apenas uma das mãos, conforme a Figura 89. Os comandos devem atender ao disposto em 4.6.9.

Dimensões em metros

**Figura 89 – Alcance da janela****6.12 Circulação externa**

Calçadas e vias exclusivas de pedestres devem ter piso conforme 6.3 e garantir uma faixa livre (passeio) para a circulação de pedestres, sem degraus.

6.12.1 Inclinação transversal

A inclinação transversal da faixa livre (passeio) das calçadas ou das vias exclusivas de pedestres não pode ser superior a 3 %. Eventuais ajustes de soleira devem ser executados sempre dentro dos lotes; em calçadas existentes com mais de 2,00 m de largura, podem ser executados nas faixas de acesso (ver 6.12.3).

6.12.2 Inclinação longitudinal

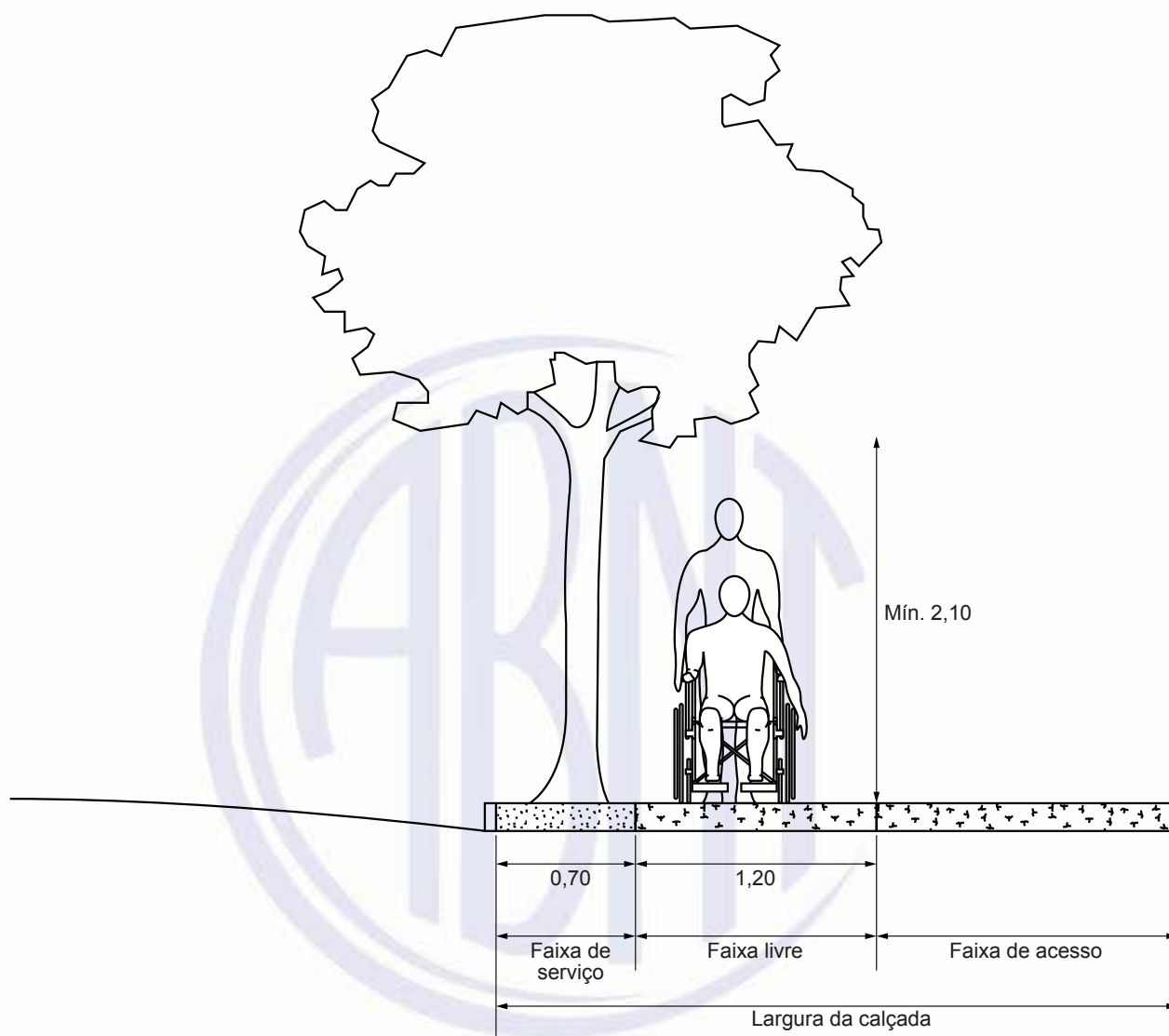
A inclinação longitudinal da faixa livre (passeio) das calçadas ou das vias exclusivas de pedestres deve sempre acompanhar a inclinação das vias lindeiras.

6.12.3 Dimensões mínimas da calçada

A largura da calçada pode ser dividida em três faixas de uso, conforme definido a seguir e demonstrado pela Figura 90:

- a) faixa de serviço: serve para acomodar o mobiliário, os canteiros, as árvores e os postes de iluminação ou sinalização. Nas calçadas a serem construídas, recomenda-se reservar uma faixa de serviço com largura mínima de 0,70 m;
- b) faixa livre ou passeio: destina-se exclusivamente à circulação de pedestres, deve ser livre de qualquer obstáculo, ter inclinação transversal até 3 %, ser contínua entre lotes e ter no mínimo 1,20 m de largura e 2,10 m de altura livre;
- c) faixa de acesso: consiste no espaço de passagem da área pública para o lote. Esta faixa é possível apenas em calçadas com largura superior a 2,00 m. Serve para acomodar a rampa de acesso aos lotes lindeiros sob autorização do município para edificações já construídas.

Dimensões em metros

**Figura 90 – Faixas de uso da calçada – Corte****6.12.4 Acesso do veículo ao lote**

O acesso de veículos aos lotes e aos seus espaços de circulação e estacionamento deve ser feito de forma a não interferir na faixa livre de circulação de pedestres, sem criar degraus ou desníveis, conforme exemplo da Figura 91. Nas faixas de serviço e de acesso é permitida a existência de rampas.

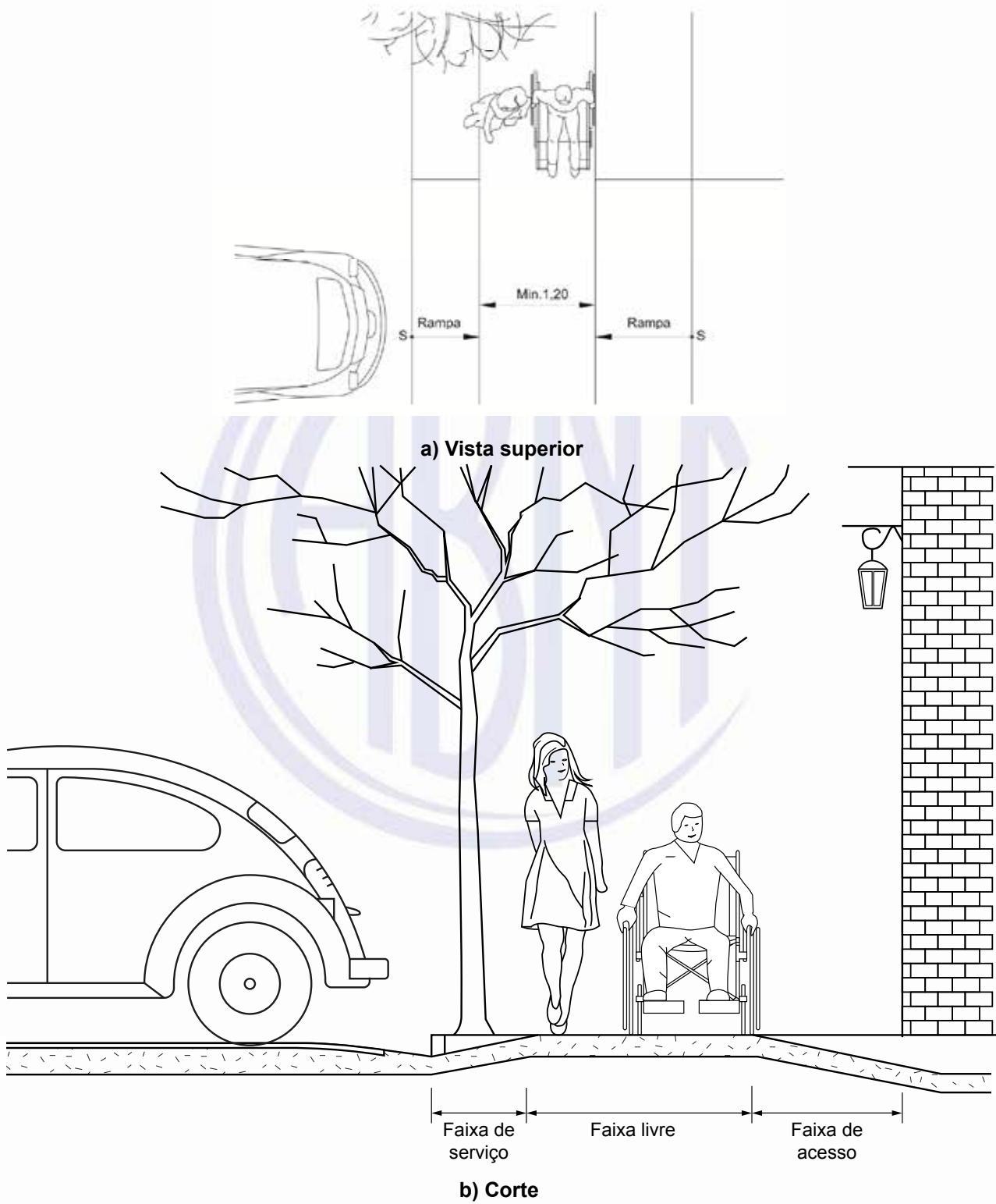


Figura 91 – Acesso do veículo ao lote

6.12.5 Obras sobre o passeio

As obras eventualmente existentes sobre o passeio devem ser convenientemente sinalizadas e isoladas, assegurando-se a largura mínima de 1,20 m para circulação, garantindo-se as condições de acesso e segurança de pedestres e de pessoas com mobilidade reduzida, conforme a Figura 92.

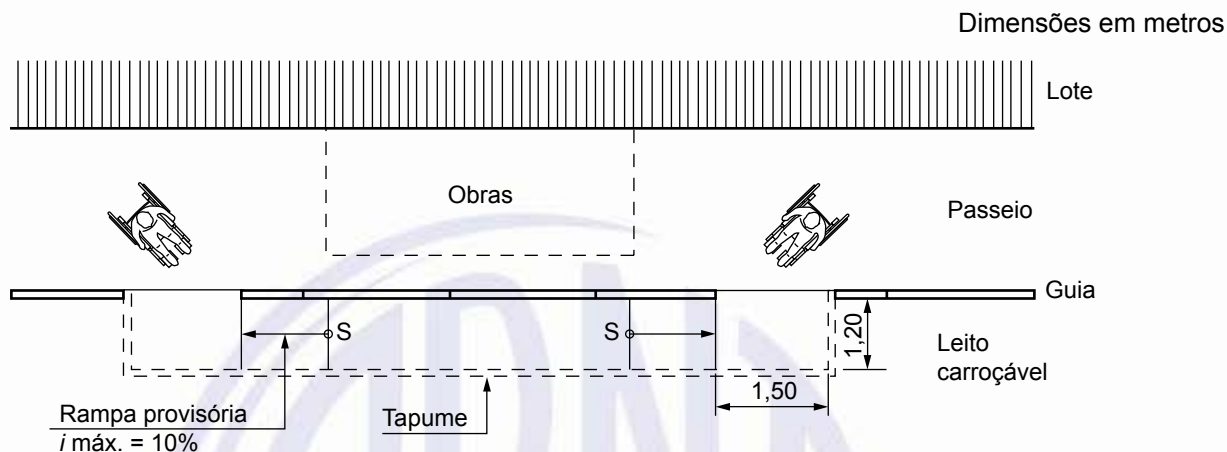


Figura 92 – Rampas de acesso provisórias – Vista superior

6.12.6 Dimensionamento das faixas livres

Admite-se que a faixa livre possa absorver com conforto um fluxo de tráfego de 25 pedestres por minuto, em ambos os sentidos, a cada metro de largura. Para determinação da largura da faixa livre em função do fluxo de pedestres, utiliza-se a seguinte equação:

$$L = \frac{F}{K} + \sum i \geq 1,20 \text{ m}$$

onde

L é a largura da faixa livre;

F é a largura necessária para absorver o fluxo de pedestres estimado ou medido nos horários de pico, considerando o nível de conforto de 25 pedestres por minuto a cada metro de largura;

K é igual a 25 pedestres por minuto;

$\sum i$ é o somatório dos valores adicionais relativos aos fatores de impedância.

Os valores adicionais relativos aos fatores de impedância (i) são:

- a) 0,45 m junto às vitrines ou comércio no alinhamento;
- b) 0,25 m junto ao mobiliário urbano;
- c) 0,25 m junto à entrada de edificações no alinhamento.

6.12.7 Travessia de pedestres em vias públicas ou em áreas internas de edificações

As travessias de pedestres nas vias públicas, nas vias de áreas internas de edificações ou em espaços de uso coletivo e privativo, com circulação de veículos, devem ser acessíveis das seguintes formas: com redução de percurso, com faixa elevada ou com rebaixamento de calçada.

A definição da localização das travessias nas vias públicas (no meio de quadra, próximo às esquinas ou nas esquinas) é de responsabilidade do município.

6.12.7.1 Redução do percurso da travessia

Para redução do percurso da travessia, é recomendado o alargamento da calçada, em ambos os lados ou não, sobre a pista, conforme a Figura 93. Esta configuração proporciona conforto e segurança e pode ser aplicada tanto para a faixa elevada como para o rebaixamento de calçada.

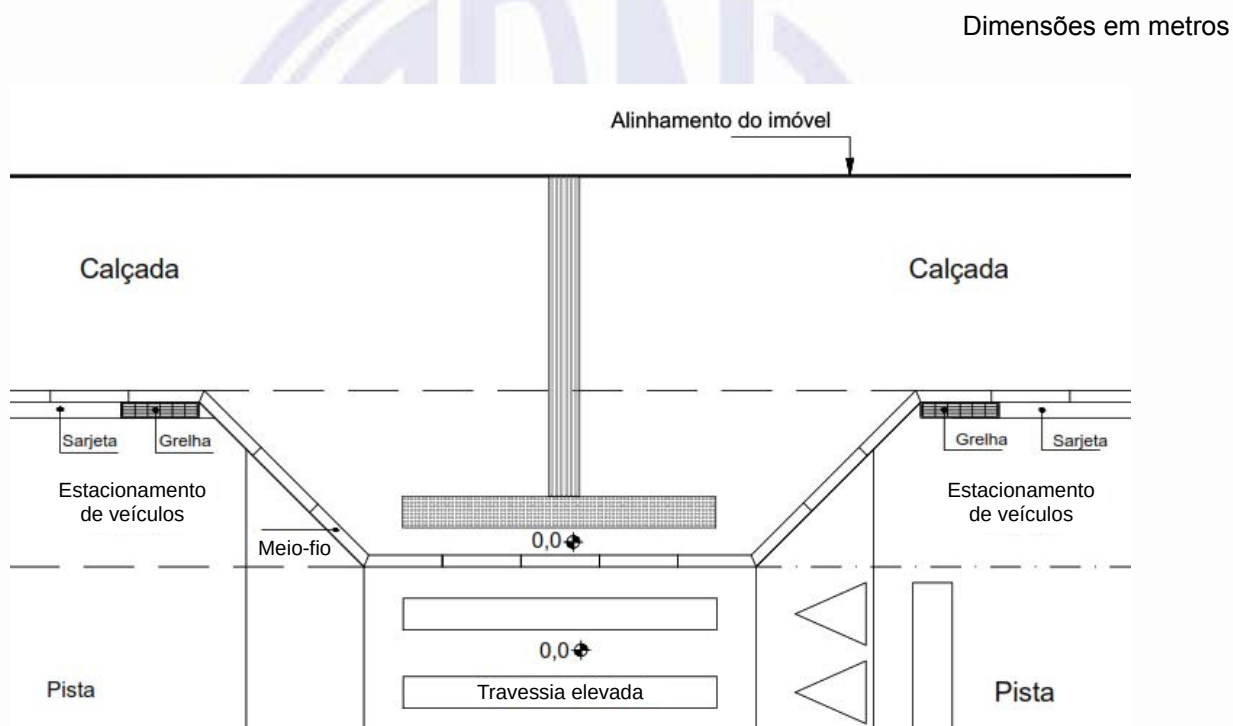


Figura 93 – Redução de percurso de travessia – Exemplo

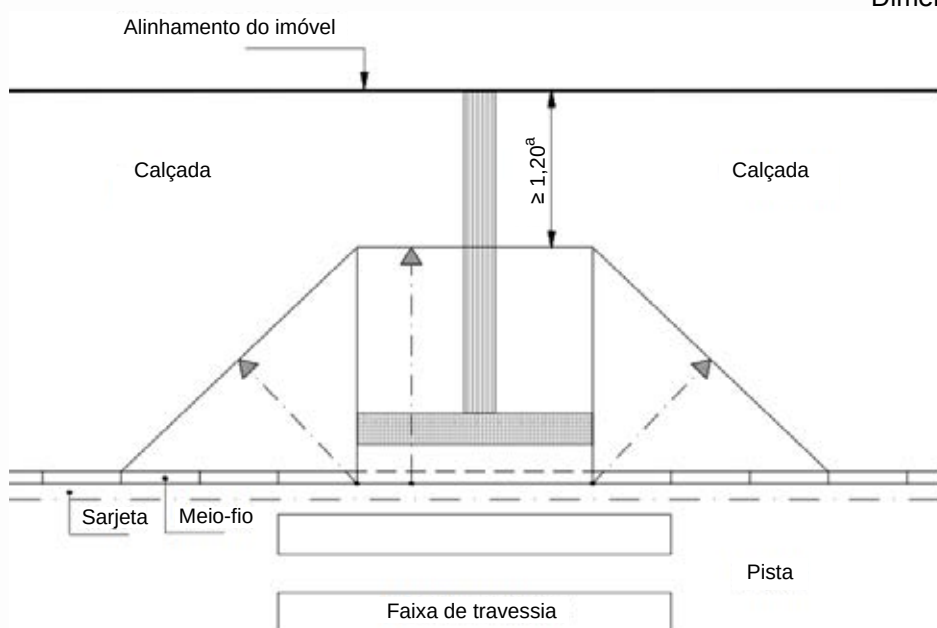
6.12.7.2 Faixa elevada para travessia

A faixa elevada, quando instalada, deve atender à legislação específica (ver [17] da Bibliografia).

6.12.7.3 Rebaixamento de calçadas

Os rebaixamentos de calçadas devem ser construídos na direção do fluxo da travessia de pedestres. A inclinação deve ser preferencialmente menor que 5 %, admitindo-se até 8,33 % (1:12), no sentido longitudinal da rampa central e nas abas laterais. Recomenda-se que a largura do rebaixamento seja maior ou igual a 1,50 m, admitindo-se o mínimo de 1,20 m. O rebaixamento não pode diminuir a faixa livre de circulação da calçada de no mínimo 1,20 m. Ver Figura 94.

Dimensões em metros



^a Em casos excepcionais, desde que justificado, admite-se a largura mínima de 0,90 m.

Figura 94 – Rebaixamento de calçada – Vista superior

6.12.7.3.1 Não pode haver desnível entre o término do rebaixamento da calçada e o leito carroçável. Em vias com inclinação transversal do leito carroçável superior a 5 %, deve ser implantada uma faixa de acomodação de 0,45 m a 0,60 m de largura ao longo da aresta de encontro dos dois planos inclinados em toda a largura do rebaixamento, conforme a Figura 95.

Dimensões em metros

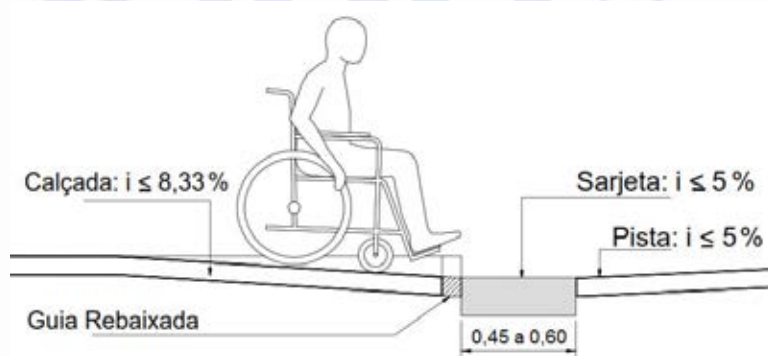
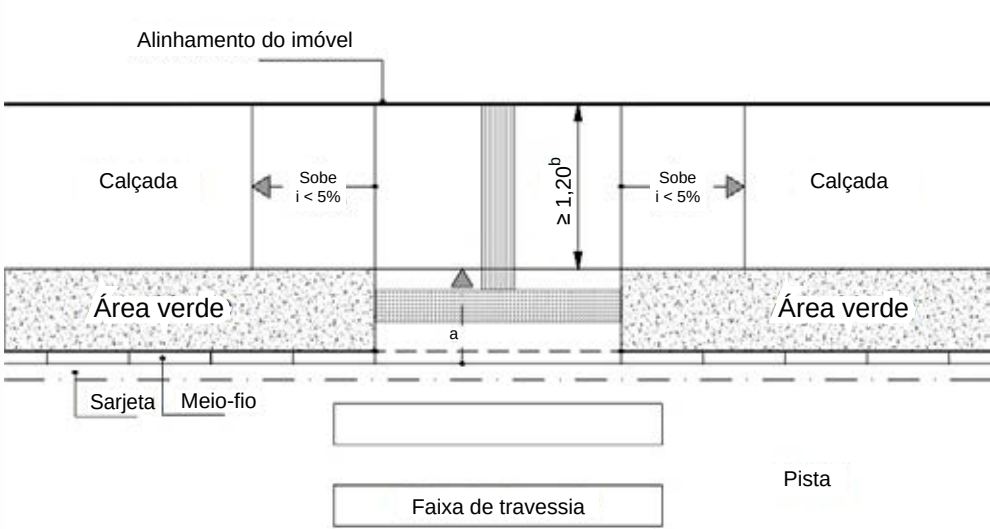


Figura 95 – Faixa de acomodação para travessia – Corte

6.12.7.3.2 A largura da rampa central dos rebaixamentos deve ser de no mínimo 1,20 m. Recomenda-se, sempre que possível, que a largura seja igual ao comprimento das faixas de travessia de pedestres. Os rebaixamentos em ambos os lados devem ser alinhados entre si.

6.12.7.3.3 Nos locais em que o rebaixamento estiver localizado entre jardins, floreiras, canteiros ou outros obstáculos, abas laterais podem ser eliminadas ou adequadas, conforme exemplo da Figura 96. Quando houver abas, as inclinações devem ser iguais ou menores que o percentual de inclinação da rampa.

Dimensões em metros

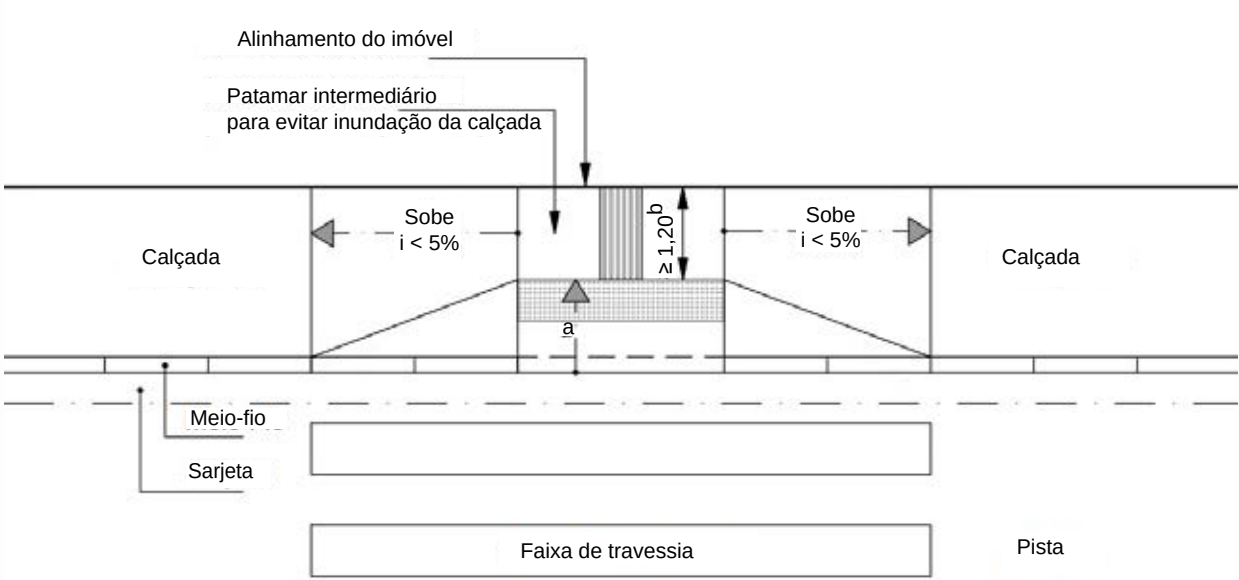


- a Inclinação da rampa, $i \leq 8,33 \%$.
- b Em casos excepcionais, desde que justificado, admite-se a largura mínima de 0,90 m.

Figura 96 – Rebaixamento de calçada entre canteiros – Exemplo

6.12.7.3.4 Em calçadas estreitas onde a largura do passeio não seja suficiente para acomodar o rebaixamento e a faixa livre com largura de no mínimo 1,20 m, pode ser feito o rebaixamento de rampas laterais com inclinação de até 5 %, ou pode ser adotada, a critério do órgão de trânsito do município, faixa elevada de travessia, ou ainda redução do percurso de travessia. A Figura 97 demonstra um exemplo de solução.

Dimensões em metros



- a Inclinação da rampa, $i \leq 8,33 \%$.
- b Em casos excepcionais, desde que justificado, admite-se a largura mínima de 0,90 m.

Figura 97 – Rebaixamentos de calçadas estreitas – Exemplo – Vista superior

6.12.7.3.5 Em canteiro divisor de pistas, deve ser garantido rebaixamento do canteiro com largura igual à da faixa de travessia ou ser adotada a faixa elevada.

6.12.8 Sinalização da travessia

As travessias devem ser sinalizadas conforme a Seção 5 e a ABNT NBR 16537.

6.13 Passarelas de pedestres

6.13.1 As passarelas de pedestres devem ser providas de rampas, ou rampas e escadas, ou rampas e elevadores, ou escadas e elevadores, para a sua transposição. As rampas, escadas e elevadores devem atender ao disposto nesta Norma.

6.13.2 A largura da passarela deve ser determinada em função do volume de pedestres estimado para os horários de maior movimento.

6.14 Vagas reservadas para veículos

Há dois tipos de vagas reservadas:

- a) para os veículos que conduzam ou sejam conduzidos por idosos; e
- b) para os veículos que conduzam ou sejam conduzidos por pessoas com deficiência.

6.14.1 Condições das vagas

A sinalização vertical das vagas reservadas deve estar posicionada de maneira a não interferir com as áreas de acesso ao veículo e com a circulação dos pedestres.

NOTA A sinalização das vagas na via pública é regulamentada por legislação específica (ver [19] e [20] da Bibliografia).

6.14.1.1 As vagas para estacionamento para idosos devem ser posicionadas próximas das entradas, garantindo o menor percurso de deslocamento.

NOTA Verificar a legislação vigente (ver [18] da Bibliografia).

6.14.1.2 As vagas para estacionamento de veículos que conduzam ou sejam conduzidos por pessoas com deficiência devem:

- a) atender aos requisitos de 5.5.2.3;
- b) contar com um espaço adicional de circulação com no mínimo 1,20 m de largura, quando afastadas da faixa de travessia de pedestres. Esse espaço pode ser compartilhado por duas vagas, no caso de estacionamento paralelo, perpendicular ou obliquamente ao meio-fio;
- c) estar vinculadas à rota acessível que as interligue aos polos de atração;
- d) estar localizadas de forma a evitar a circulação entre veículos;
- e) ter piso regular e estável;
- f) ter o percurso até o acesso à edificação ou elevadores de no máximo 50 m.

NOTA Observar a legislação vigente (ver [19] e [20] da Bibliografia).

6.14.2 Circulação de pedestre em estacionamentos

Todos os estacionamentos devem garantir uma faixa de circulação de pedestre que garanta um trajeto seguro, com largura mínima de 1,20 m até o local de interesse. Este trajeto vai compor a rota acessível.

6.14.3 Previsão de vagas reservadas

Nos estacionamentos externos ou internos das edificações de uso público ou coletivo, ou naqueles localizados nas vias públicas, devem ser reservadas vagas para pessoas idosas e com deficiência. Os percentuais das diferentes vagas estão definidos em legislação específica (ver [18] e [20] da Bibliografia).

NOTA As vagas reservadas nas vias públicas são estabelecidas conforme os critérios do órgão de trânsito com jurisdição sobre elas, respeitada a legislação vigente.

6.15 Portões de acesso a garagens

Os portões de acesso a garagens manuais ou de acionamento automático devem funcionar sem colocar em risco os pedestres. A superfície de varredura do portão não pode invadir a faixa livre de circulação de pedestre e deve contar com sistema de sinalização conforme 5.6.4.2.

7 Sanitários, banheiros e vestiários

7.1 Requisitos gerais

Os sanitários, banheiros e vestiários acessíveis devem obedecer aos parâmetros desta Norma quanto às quantidades mínimas necessárias, localização, dimensões dos boxes, posicionamento e características das peças, acessórios, barras de apoio, comandos e características de pisos e desnível. Os espaços, peças e acessórios devem atender aos conceitos de acessibilidade, como as áreas mínimas de circulação, de transferência e de aproximação, alcance manual, empunhadura e ângulo visual, definidos na Seção 4.

7.2 Tolerâncias dimensionais

Os valores identificados como máximos e mínimos nesta Seção devem ser considerados absolutos, e as demais dimensões devem ter tolerâncias de mais ou menos 10 mm.

7.3 Localização

7.3.1 Os sanitários, banheiros e vestiários acessíveis devem localizar-se em rotas acessíveis, próximas à circulação principal, e próximas ou integradas às demais instalações sanitárias, evitando os locais isolados para situações de emergências ou auxílio, e devem ser devidamente sinalizados, conforme a Seção 5.

7.3.2 Recomenda-se que a distância máxima a ser percorrida de qualquer ponto da edificação até o sanitário ou banheiro acessível seja de até 50 m.

7.4 Quantificação e características

7.4.1 As instalações sanitárias acessíveis nas edificações e espaços de uso público e coletivo devem estar distribuídas nas proporções e especificidades construtivas estabelecidas nesta Seção.

7.4.2 Os sanitários, banheiros e vestiários acessíveis devem possuir entrada independente, de modo a possibilitar que a pessoa com deficiência possa utilizar a instalação sanitária acompanhada de uma pessoa do sexo oposto.

7.4.2.1 Recomenda-se, para locais de prática esportiva, terapêutica e demais usos (ver 10.11 e 10.12), que os vestiários acessíveis excedentes sejam instalados nos banheiros coletivos, ou seja, que as peças acessíveis, como chuveiros, bacias sanitárias, lavatórios e bancos, estejam integrados aos demais.

7.4.2.2 Devem ser instalados dispositivos de sinalização de emergência em sanitários, banheiros e vestiários acessíveis, atendendo ao disposto em 5.6.4.1.

7.4.3 O número mínimo de sanitários acessíveis está definido na Tabela 7 e em 7.4.3.1 a 7.4.3.3.

Tabela 7 – Número mínimo de sanitários acessíveis

Edificação de uso	Situação da edificação	Número mínimo de sanitários acessíveis com entradas independentes
Público	A ser construída	5 % do total de cada peça sanitária, com no mínimo um para cada sexo em cada pavimento, onde houver sanitários
	Existente	Um por pavimento, onde houver ou onde a legislação obrigar a ter sanitários
Coletivo	A ser construída	5 % do total de cada peça sanitária, com no mínimo um em cada pavimento, onde houver sanitário
	A ser ampliada ou reformada	5 % do total de cada peça sanitária, com no mínimo um em cada pavimento acessível, onde houver sanitário
	Existente	Uma instalação sanitária, onde houver sanitários
Privado áreas de uso comum	A ser construída	5 % do total de cada peça sanitária, com no mínimo um, onde houver sanitários
	A ser ampliada ou reformada	5 % do total de cada peça sanitária, com no mínimo um por bloco
	Existente	Um no mínimo
NOTA As instalações sanitárias acessíveis que excederem a quantidade de unidades mínimas podem localizar-se na área interna dos sanitários.		

7.4.3.1 Em espaços de uso público ou uso coletivo que apresentem unidades autônomas de comércio ou serviços, deve ser previsto no mínimo um sanitário por pavimento, localizado nas áreas de uso comum do andar. Quando o cálculo da porcentagem de 5 % de peças sanitárias do pavimento resultar em mais do que uma instalação sanitária ou fração, estas devem ser divididas por sexo para cada pavimento.

7.4.3.2 Em estabelecimentos como *shoppings*, terminais de transporte, parques, clubes esportivos, arenas verdes (ou estádios), locais de *shows* e eventos ou em outros edifícios de uso público ou coletivo, com instalações permanentes ou temporárias que, dependendo da sua especificidade ou natureza, concentrem um grande número de pessoas, independentemente de atender à quantidade mínima de 5 % de peças sanitárias acessíveis, deve também ser previsto um sanitário acessível para cada sexo junto a cada conjunto de sanitários.

7.4.3.3 Em edificações de uso coletivo a serem ampliadas ou reformadas, com até dois pavimentos e área construída de no máximo 150 m² por pavimento, as instalações sanitárias acessíveis podem estar localizadas em um único pavimento.

7.4.4 Recomenda-se que, nos conjuntos de sanitários, seja instalada uma bacia infantil para uso por pessoas com baixa estatura e crianças.

7.4.5 Banheiros e vestiários devem ter no mínimo 5 % do total de cada peça instalada acessível, respeitada no mínimo uma de cada. Quando houver divisão por sexo, as peças devem ser consideradas separadamente para efeito de cálculo.

7.4.6 Quanto ao número mínimo de instalações sanitárias em escolas, observar o descrito em 7.4.3.

7.5 Dimensões do sanitário acessível e do boxe sanitário acessível

As dimensões do sanitário acessível e do boxe sanitário acessível devem garantir o posicionamento das peças sanitárias e os seguintes parâmetros de acessibilidade:

- a) circulação com o giro de 360°, conforme 4.3.4;
- b) área necessária para garantir a transferência lateral, perpendicular e diagonal para bacia sanitária, conforme a Figura 98 e 7.7.1;
- c) a área de manobra pode utilizar no máximo 0,10 m sob a bacia sanitária e 0,30 m sob o lavatório, conforme as Figuras 98 e 100;
- d) deve ser instalado lavatório sem coluna ou com coluna suspensa, ou lavatório sobre o tampo, dentro do sanitário ou boxe acessível, em local que não interfira na área de transferência para a bacia sanitária, podendo a sua área de aproximação ser sobreposta à área de manobra, conforme a Figura 99;
- e) os lavatórios devem garantir altura frontal livre na superfície inferior, conforme a Figura 99, e na superfície superior a altura pode variar de 0,78 m a 0,80 m, exceto a infantil;
- f) quando a porta instalada for do tipo de eixo vertical, ela deve abrir para o lado externo do sanitário ou boxe e possuir um puxador horizontal no lado interno do ambiente, medindo no mínimo 0,40 m de comprimento, afastamento de no máximo 40 mm e diâmetro entre 25 mm e 35 mm, conforme a Figura 86;
- g) pode ser instalada porta de correr, desde que atenda às condições previstas em 6.11.2.4 e 6.11.2.11;
- h) para travamento das portas, deve ser observado o descrito em 4.6.8;
- i) quando o boxe for instalado em locais de prática de esportes, as portas devem atender a um vão livre mínimo de 1,00m;
- j) deve ser respeitado o descrito em 6.11.2.2 e 6.11.2.3;
- k) alcance manual para acionamento da válvula sanitária, da torneira, das barras, puxadores e trincos, e manuseio e uso dos acessórios conforme 4.6 e 7.6;
- l) alcance visual do espelho conforme 7.11.1;

- m) recomenda-se a instalação da ducha higiênica dotada de registro de pressão para regulagem da vazão. Esta ducha deve ser instalada ao lado da bacia sanitária e dentro do alcance manual de uma pessoa sentada, conforme 4.6.2;
- n) a Figura 100 exemplifica medidas mínimas de um sanitário acessível;
- o) quando houver mais de um sanitário acessível (ver Figura 100), recomenda-se que as bacias sanitárias, áreas de transferência e barras de apoio sejam posicionadas simetricamente opostas, contemplando todas as formas de transferência para a bacia, para atender a uma gama maior de necessidades das pessoas com deficiência;
- p) em edificações existentes ou em reforma, quando não for possível atender às medidas mínimas de sanitário da Figura 100, serão admitidas as medidas mínimas demonstradas na Figura 101.

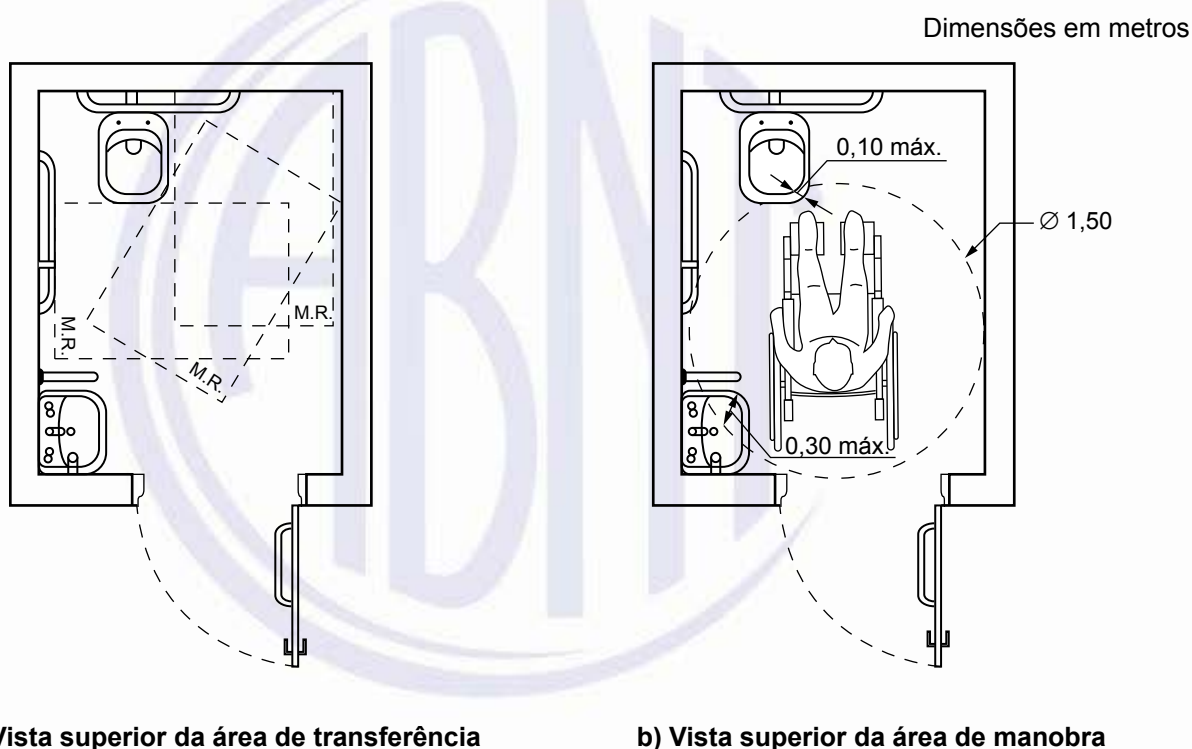


Figura 98 – Áreas de transferência e manobra para uso da bacia sanitária

Dimensões em metros

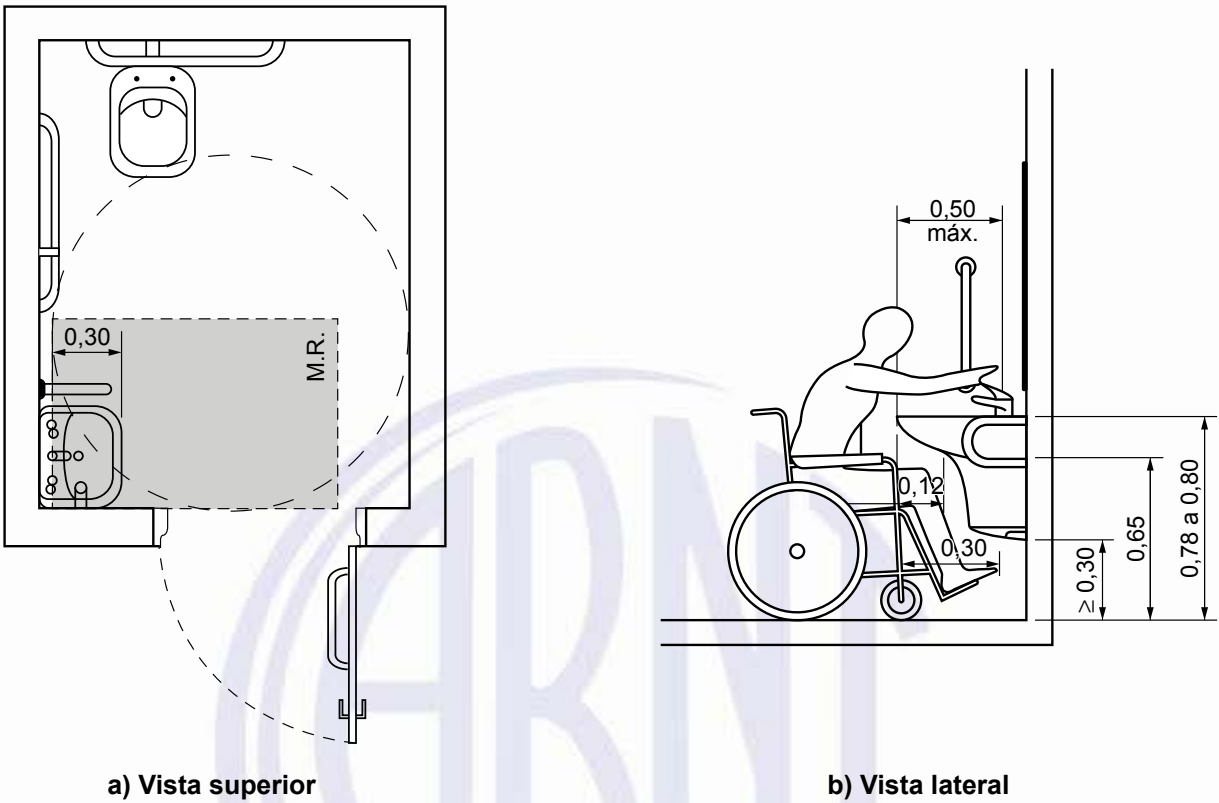


Figura 99 – Áreas de aproximação para uso do lavatório

Dimensões em metros

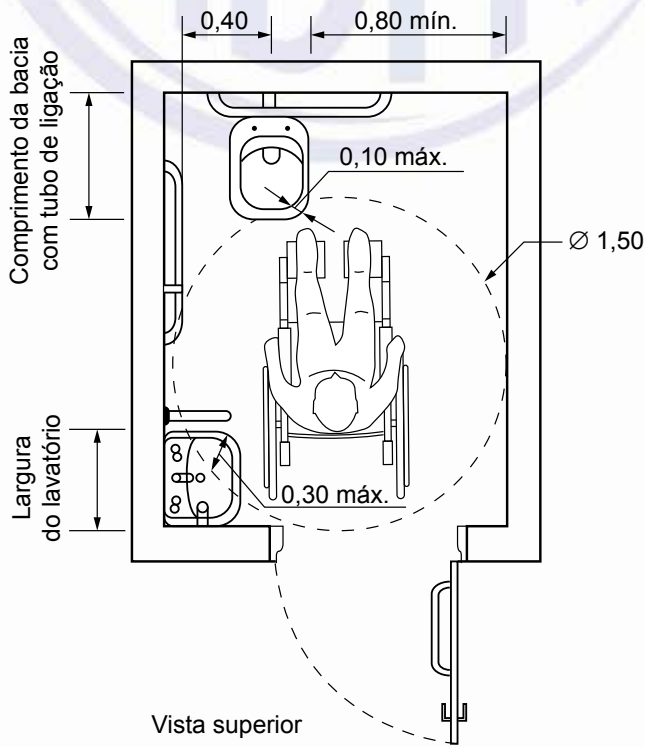


Figura 100 – Medidas mínimas de um sanitário acessível

Dimensões em metros

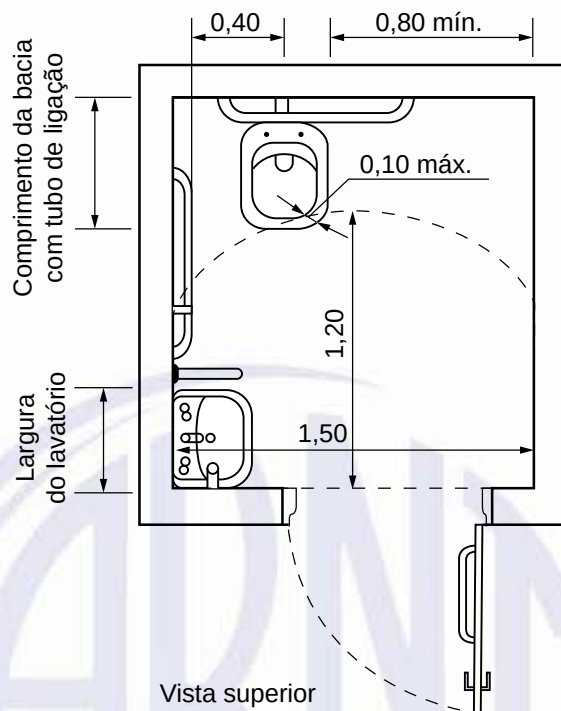


Figura 101 – Medidas mínimas de um sanitário acessível em caso de reforma – Vista superior

Os pisos dos sanitários ou boxes sanitários devem observar as seguintes características:

- a) ser antiderrapantes, conforme 6.3;
- b) não ter desníveis junto à entrada ou soleira;
- c) ter grelhas e ralos posicionados fora das áreas de manobra e de transferência.

7.6 Barras de apoio

As barras de apoio são necessárias para garantir o uso com segurança e autonomia pelas pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida, conforme especificado em 7.7.2.2.

7.6.1 Todas as barras de apoio utilizadas em sanitários e vestiários devem resistir a um esforço mínimo de 150 kg no sentido de utilização da barra, sem apresentar deformações permanentes ou fissuras, ter empunhadura conforme a Seção 4 e estar firmemente fixadas a uma distância mínima de 40 mm entre a sua base de suporte (parede, painel, entre outros), até a face interna da barra. Suas extremidades devem estar fixadas nas paredes ou ter desenvolvimento contínuo até o ponto de fixação, com formato recurvado. Quando necessários, os suportes intermediários de fixação devem estar sob a área de empunhadura, garantindo a continuidade de deslocamento das mãos. O comprimento e a altura de fixação são determinados em função de sua utilização, conforme exemplos apresentados em 7.7.2.3 e 7.7.2.4.

7.6.2 Quando executadas em material metálico, as barras de apoio e seus elementos de fixação e instalação devem ser confeccionados em material resistente à corrosão, conforme a ABNT NBR 10283, e a determinação da aderência do acabamento conforme a ABNT NBR 11003.

7.6.3 As dimensões mínimas das barras devem respeitar as aplicações definidas nesta Norma, com seção transversal entre 30 mm e 45 mm, conforme a Figura 102, detalhadas no Anexo C. O comprimento e o modelo variam de acordo com as peças sanitárias às quais estão associados e são tratados na Seção 7.

Dimensões em milímetros

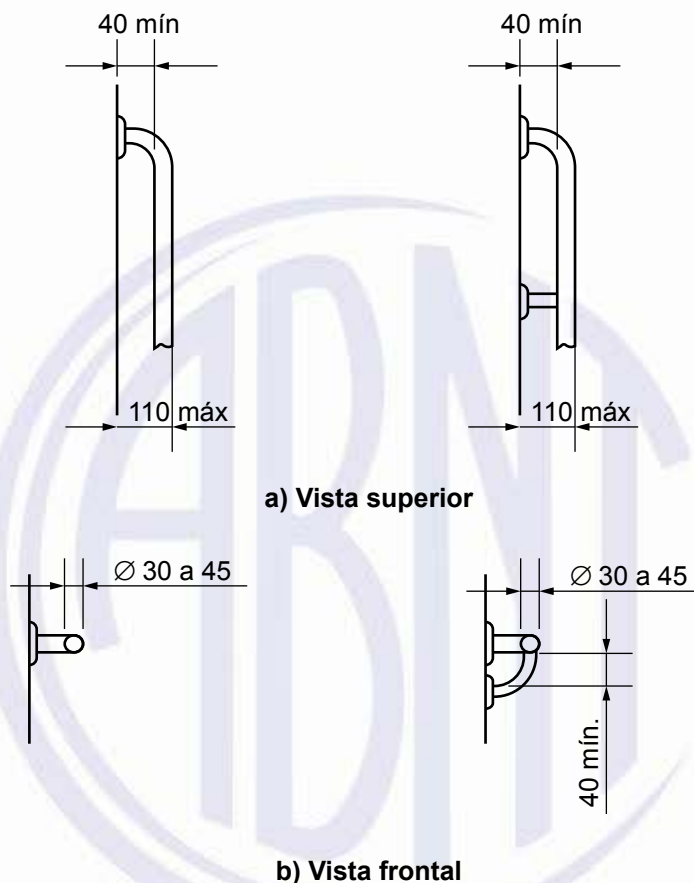


Figura 102 – Dimensões da barra de apoio

7.6.4 As barras podem ser fixas (nos formatos reta, em “U”, em “L”) ou articuladas, conforme detalhado no Anexo C.

As barras em “L” podem ser em uma única peça ou compostas, a partir do posicionamento de duas barras retas, desde que atendam ao dimensionamento mínimo dos trechos verticais e horizontais, conforme as Figuras 118 e 127.

As barras articuladas devem possuir dispositivo que evite quedas repentinas ou movimentos abruptos.

7.7 Bacia sanitária

As bacias e assentos em sanitários acessíveis não podem ter abertura frontal.

7.7.1 Áreas de transferência

Para instalação de bacias sanitárias, devem ser previstas áreas de transferência lateral, perpendicular e diagonal, conforme a Figura 103.

Dimensões em metros

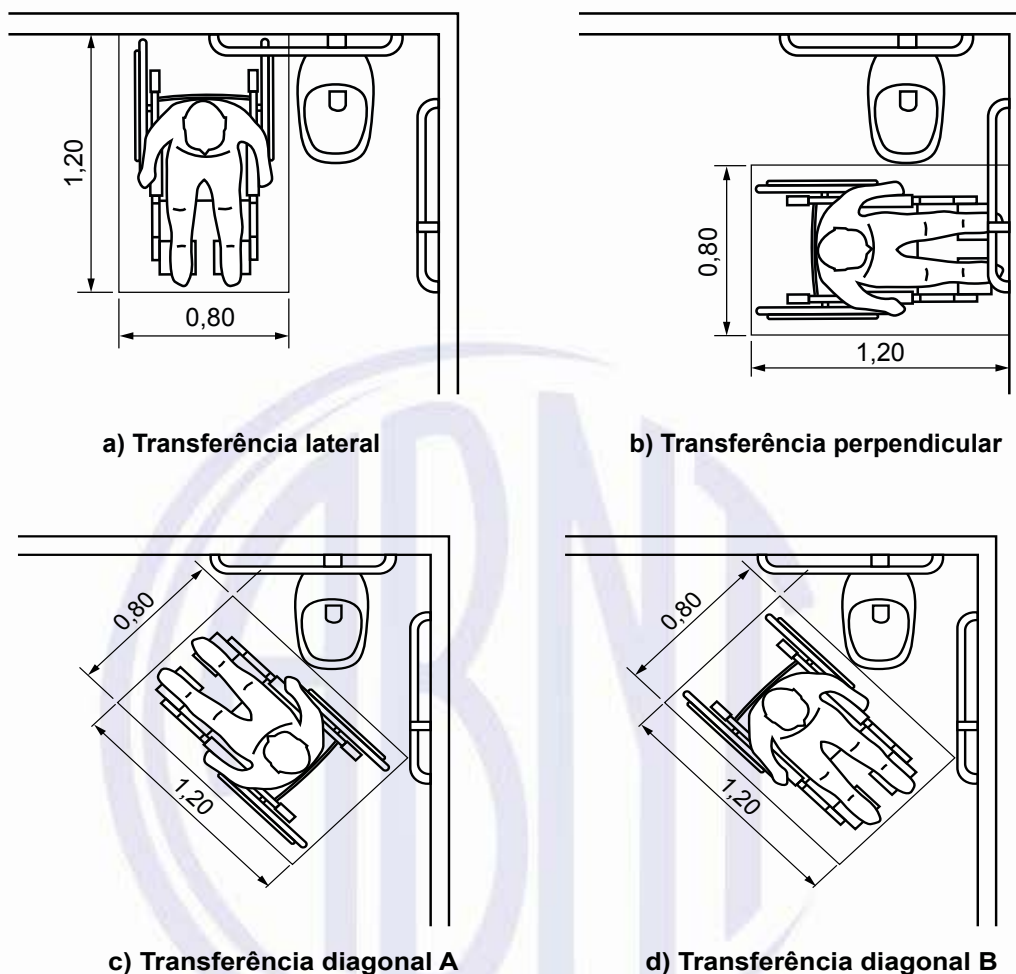


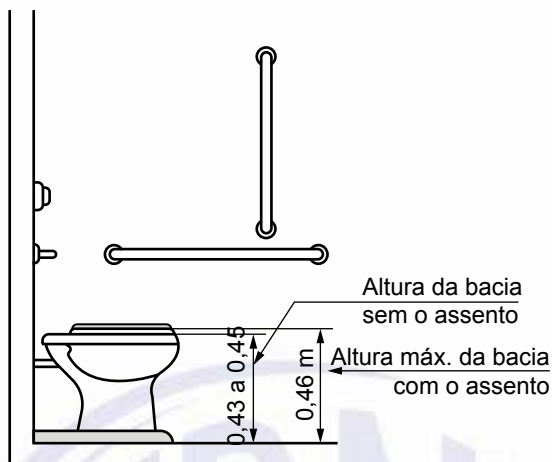
Figura 103 – Áreas de transferências para a bacia sanitária

7.7.2 Instalação de bacias convencionais, com caixas acopladas ou suspensas, e de barras de apoio

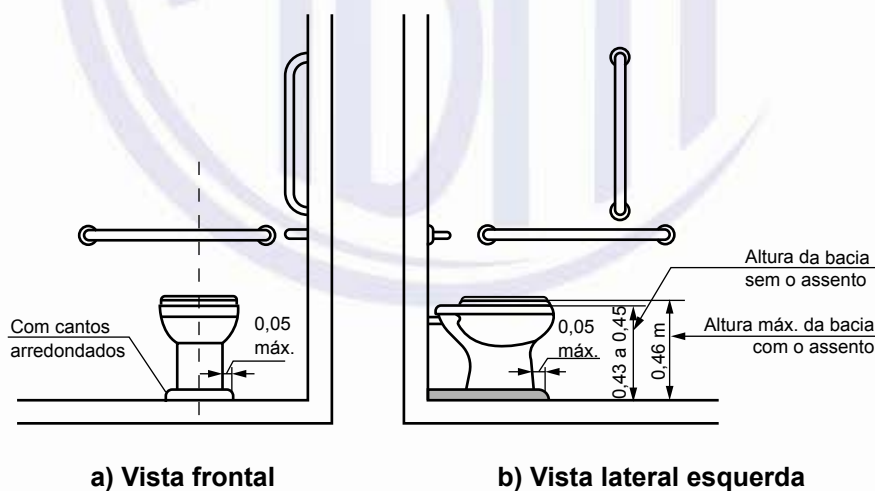
A instalação das bacias deve atender às ABNT NBR 15097-1 e ABNT NBR 15097-2. A instalação das bacias e das barras de apoio deve atender às Figuras 106 a 111, e elas podem ser simetricamente opostas.

7.7.2.1 Altura das bacias

As bacias e assentos sanitários acessíveis não podem ter abertura frontal e devem estar a uma altura entre 0,43 m e 0,45 m do piso acabado, medida a partir da borda superior sem o assento. Com o assento, esta altura deve ser de no máximo 0,46 m para as bacias de adulto, conforme a Figura 104, e de 0,36 m para as bacias infantis.

**Figura 104 – Altura da bacia – Vista lateral**

Essa altura pode ser obtida pela peça sanitária com altura necessária ou pelo posicionamento das bacias suspensas ou pela execução de um sóculo sob a base da bacia, convencional ou com caixa acoplada, isento de cantos vivos e com a sua projeção avançando no máximo 0,05 m, acompanhando a base da bacia, conforme a Figura 105.

**a) Vista frontal****b) Vista lateral esquerda****Figura 105 – Bacia com sóculo**

7.7.2.2 Barras de apoio na bacia sanitária

7.7.2.2.1 Junto à bacia sanitária, quando houver parede lateral, devem ser instaladas barras para apoio e transferência. Uma barra reta horizontal com comprimento mínimo de 0,80 m, posicionada horizontalmente, a 0,75 m de altura do piso acabado (medida pelos eixos de fixação), a uma distância de 0,40 m entre o eixo da bacia e a face da barra, deve estar posicionada a uma distância de 0,50 m da borda frontal da bacia. Também deve ser instalada uma barra reta com comprimento mínimo de 0,70 m, posicionada verticalmente, a 0,10 m acima da barra horizontal e a 0,30 m da borda frontal da bacia sanitária, conforme as Figuras 106 a 108.

7.7.2.2.2 Junto à bacia sanitária, na parede do fundo, deve ser instalada uma barra reta com comprimento mínimo de 0,80 m, posicionada horizontalmente, a 0,75 m de altura do piso acabado (medida pelos eixos de fixação), com uma distância máxima de 0,11 m da sua face externa à parede e estendendo-se 0,30 m além do eixo da bacia em direção à parede lateral, conforme as Figuras 106, 107 e 109.

7.7.2.2.3 Para bacias sanitárias com caixa acoplada que possuam altura que não permita a instalação da barra descrita em 7.7.2.2.2, esta pode ser instalada a uma altura de até 0,89 m do piso acabado (medida pelos eixos de fixação), devendo ter uma distância máxima de 0,11 m da sua face externa à parede e uma distância mínima de 0,04 m da superfície superior da tampa da caixa acoplada, e estar a 0,30 m além do eixo da bacia em direção à parede lateral, conforme as Figuras 108 e 110. A barra reta na parede do fundo pode ser substituída por uma barra lateral articulada, desde que a extremidade da barra esteja a no mínimo 0,10 m da borda frontal da bacia, conforme a Figura 111.

7.7.2.2.4 Na impossibilidade de instalação de barras nas paredes laterais, são admitidas barras laterais fixas (com fixação na parede de fundo) ou articuladas (dar preferência pela barra lateral fixa), desde que sejam observados os parâmetros de segurança e dimensionamento estabelecidos conforme 7.6 e que estas e seus apoios não interfiram na área de giro e transferência. A distância entre esta barra e o eixo da bacia deve ser de 0,40 m, sendo que a sua extremidade deve estar a uma distância mínima de 0,20 m da borda frontal da bacia, conforme as Figuras 109 e 110.

7.7.2.2.5 As bacias infantis devem seguir as mesmas disposições de barras e dimensões constantes nas Figuras 106 a 111.

7.7.2.3 Bacias sanitárias com parede lateral

7.7.2.3.1 Bacia convencional com barras de apoio ao fundo e a 90° na parede lateral

A Figura 106 ilustra o uso de uma barra de apoio reta fixada ao fundo e duas retas fixadas a 90° na lateral, quando a bacia convencional estiver próxima a uma parede.

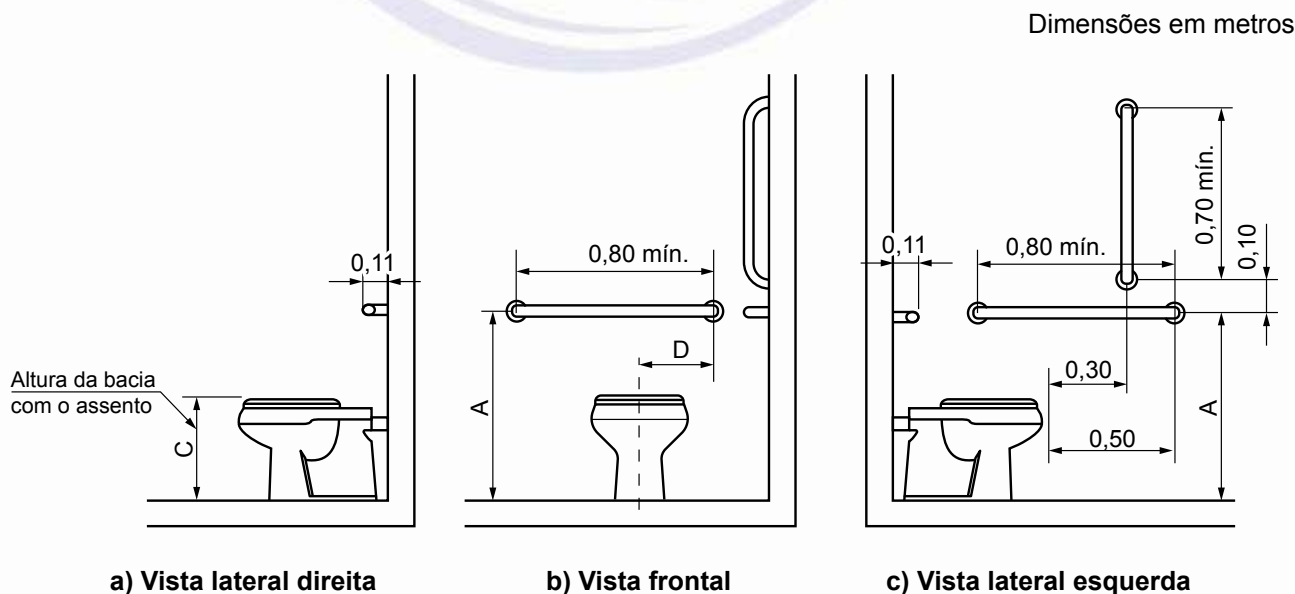
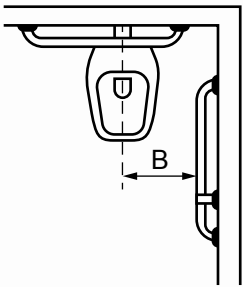


Figura 106 – Bacia convencional com barras de apoio ao fundo e a 90° na parede lateral – Exemplo A (continua)

Dimensões em metros



d) Vista superior

Legenda

Cotas	Adulto m	Infantil m
A	0,75	0,60
B	0,40	0,25
C	0,46	0,36
D	0,30	0,15

Figura 106 (conclusão)

7.7.2.3.2 Bacia suspensa com barras de apoio ao fundo e a 90° na parede lateral

A Figura 107 ilustra o uso de uma barra de apoio reta fixada ao fundo e duas retas fixadas a 90° na lateral, quando a bacia suspensa estiver próxima a uma parede.

Dimensões em metros

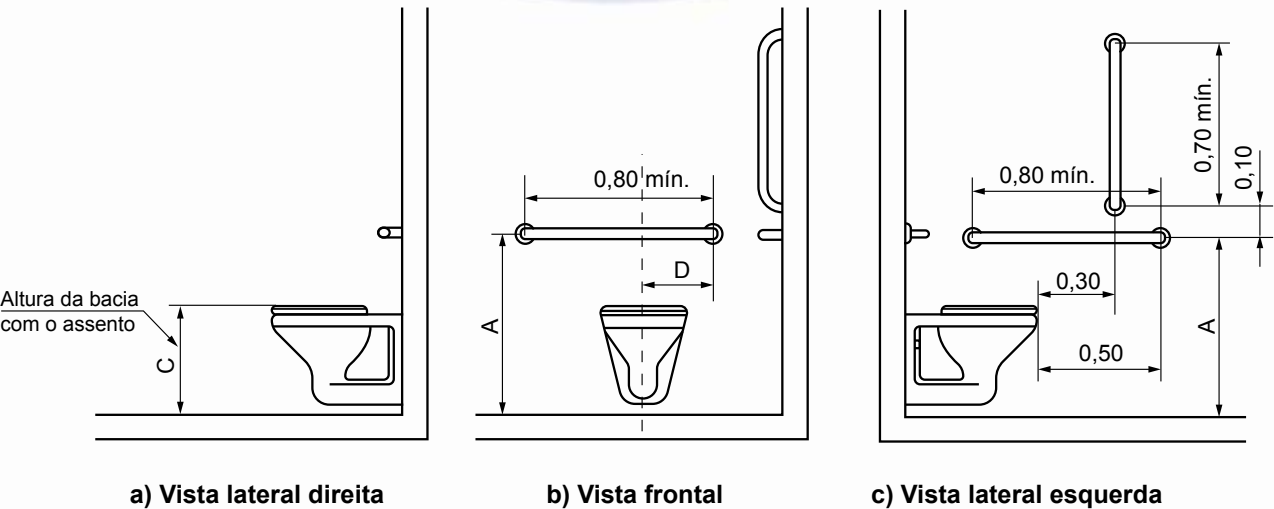
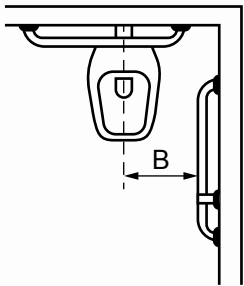


Figura 107 – Bacia suspensa com barras de apoio ao fundo e a 90° na parede lateral – Exemplo B (continua)

Dimensões em metros



d) Vista superior

Legenda

Cotas	Adulto m	Infantil m
A	0,75	0,60
B	0,40	0,25
C	0,46	0,36
D	0,30	0,15

Figura 107 (conclusão)

7.7.2.3.3 Bacia com caixa acoplada com barras de apoio ao fundo e a 90° na parede lateral

A Figura 108 ilustra o uso de uma barra de apoio reta fixada ao fundo e duas retas fixadas a 90° na lateral, quando a bacia com caixa acoplada estiver próxima a uma parede.

Dimensões em metros

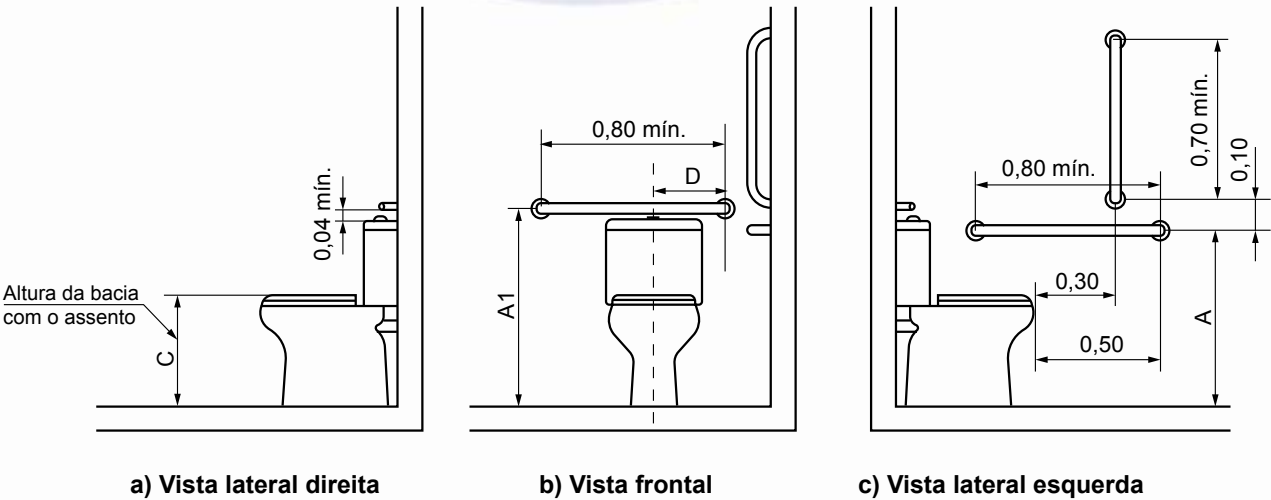
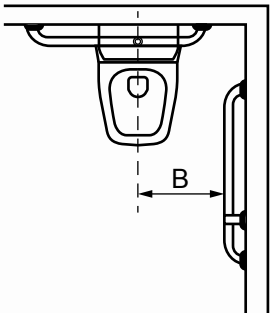


Figura 108 – Bacia com caixa acoplada barras de apoio ao fundo e a 90° na parede lateral – Exemplo C (continua)

Dimensões em metros



d) Vista superior

Legenda

Cotas	Adulto m	Infantil m
A	0,75	0,60
A1 máximo	0,89	0,72
B	0,40	0,25
C	0,46	0,36
D	0,30	0,15

Figura 108 (conclusão)

7.7.2.4 Bacias sanitárias sem parede lateral

7.7.2.4.1 Bacia convencional ou suspensa, com barra de apoio reta e barra lateral fixa

A Figura 109 ilustra o uso de uma barra de apoio reta e uma barra lateral fixa, fixadas na parede ao fundo, quando a bacia convencional ou suspensa não possuir uma parede lateral.

NOTA A barra de apoio lateral fixa pode ser substituída por uma barra de apoio lateral articulada.

Dimensões em metros

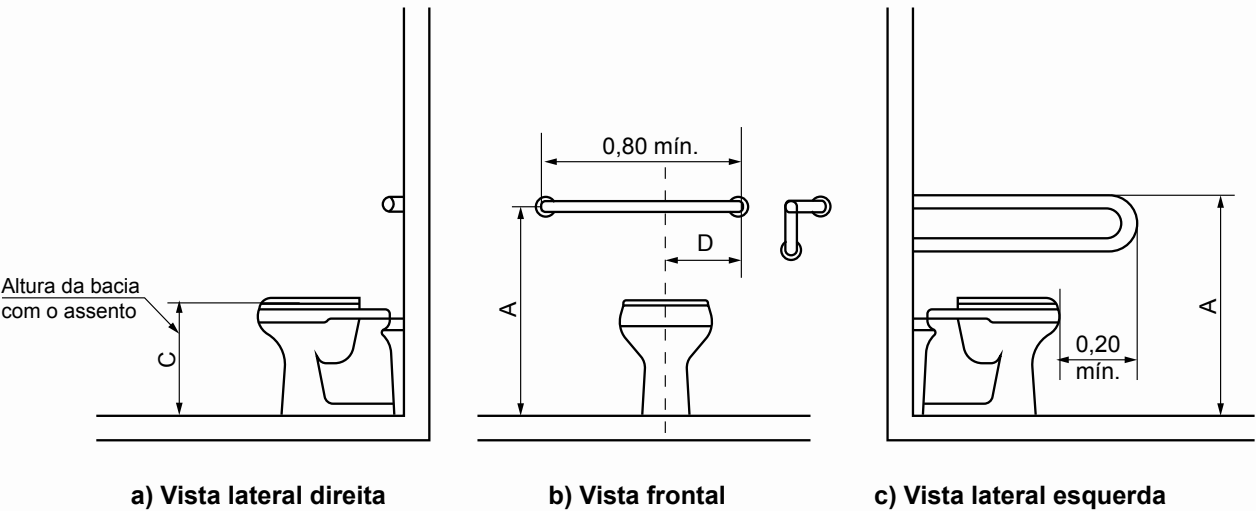
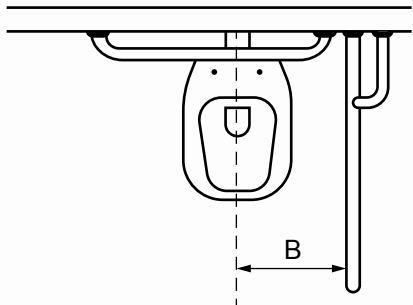


Figura 109 – Sem parede lateral – Bacia convencional ou suspensa, com barras de apoio reta e lateral fixa – Exemplo A (continua)

Dimensões em metros



d) Vista superior

Legenda

Cotas	Adulto m	Infantil m
A	0,75	0,60
B	0,40	0,25
C	0,46	0,36
D	0,30	0,15

Figura 109 (conclusão)

7.7.2.4.2 Bacia com caixa acoplada, com barras de apoio reta e lateral fixa

A Figura 110 ilustra o uso de uma barra de apoio reta e uma barra lateral fixa, fixadas na parede ao fundo, quando a bacia com caixa acoplada não possuir uma parede lateral.

NOTA A barra de apoio lateral fixa pode ser substituída por uma barra de apoio lateral articulada.

Dimensões em metros

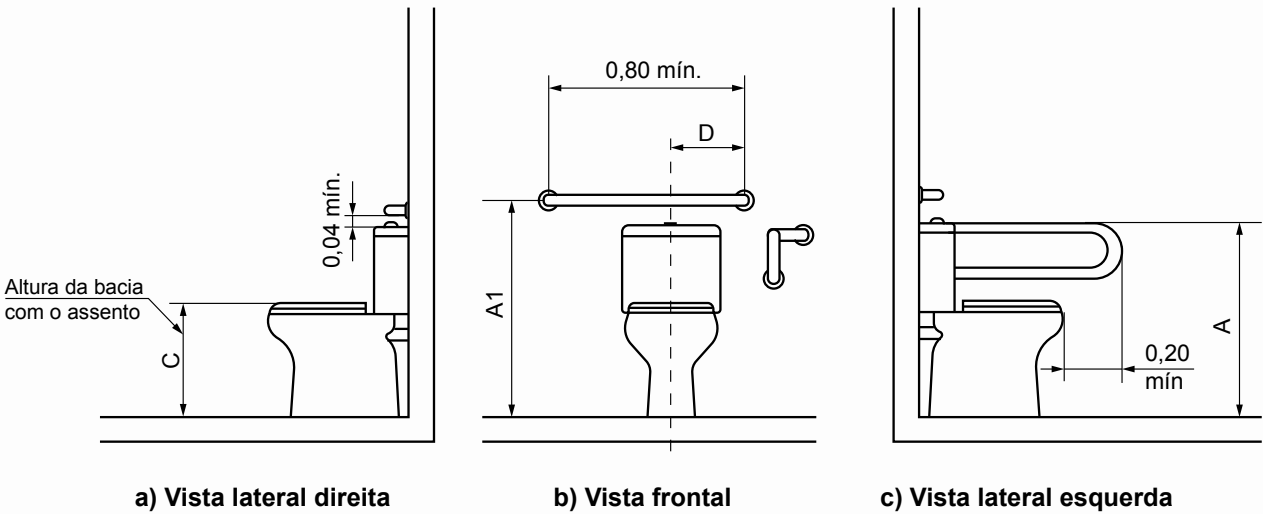
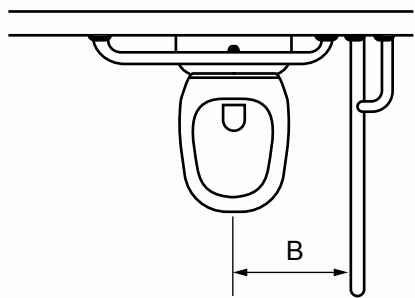


Figura 110 – Sem parede lateral – Bacia com caixa acoplada, com barras de apoio reta e lateral fixa – Exemplo B (continua)

Dimensões em metros



d) Vista superior

Legenda

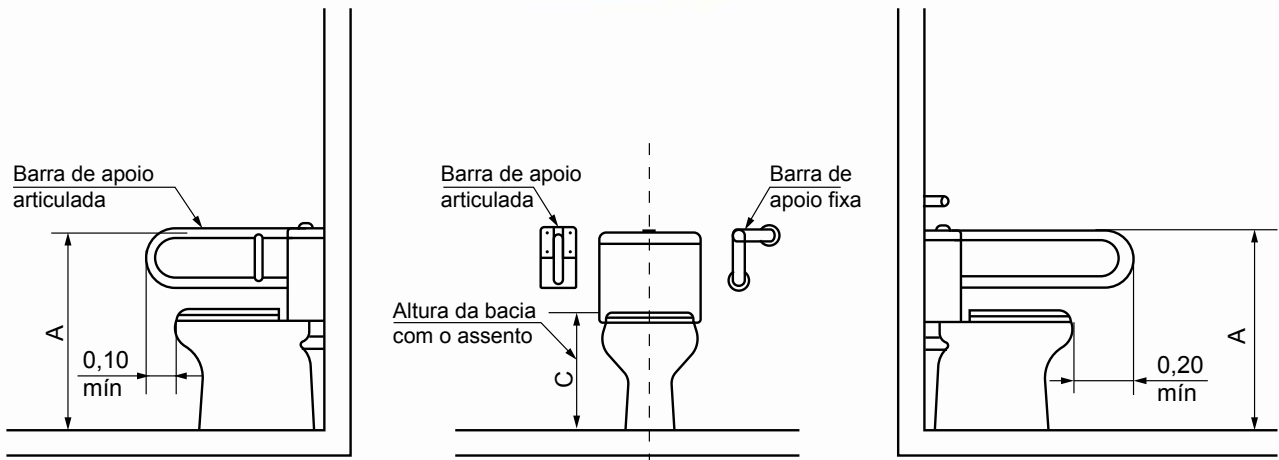
Cotas	Adulto m	Infantil m
A	0,75	0,60
A1 máximo	0,89	0,72
B	0,40	0,25
C	0,46	0,36
D	0,30	0,15

Figura 110 (conclusão)

7.7.2.4.3 Bacia com caixa acoplada, com barras lateral articulada e fixa

A Figura 111 ilustra o uso de uma barra lateral articulada e uma fixa.

Dimensões em metros



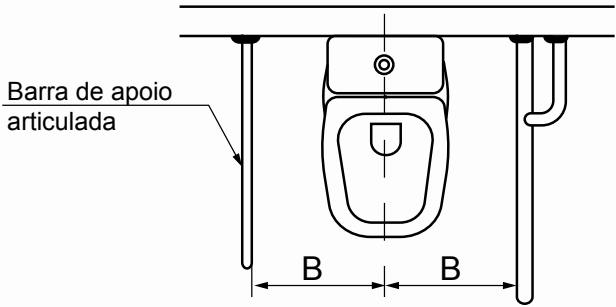
a) Vista lateral direita

b) Vista frontal

c) Vista lateral esquerda

Figura 111 – Sem parede lateral – Bacia com caixa acoplada, com barra de apoio lateral articulada e fixa – Exemplo C (continua)

Dimensões em metros



d) Vista superior

Legenda

Cotas	Adulto m	Infantil m
A	0,75	0,60
B	0,40	0,25
C	0,46	0,36

Figura 111 (conclusão)

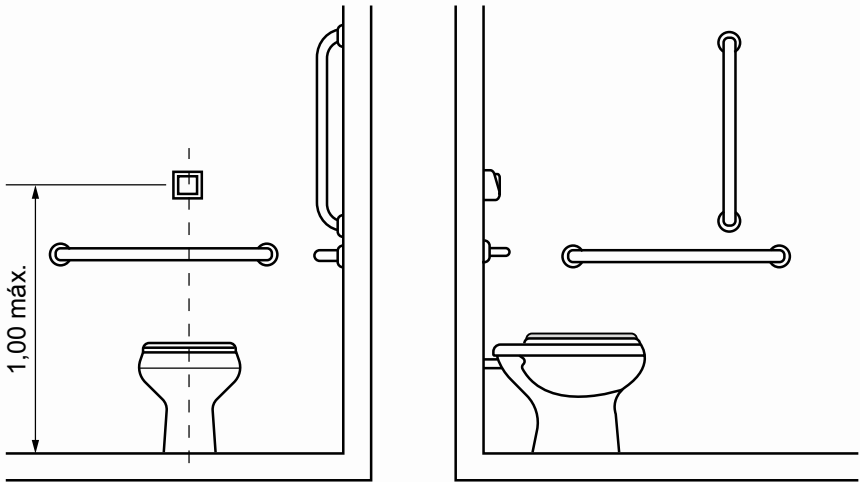
7.7.3 Acionamento da válvula de descarga

7.7.3.1 Válvula de parede

A válvula de descarga deve estar a uma altura máxima de 1,00 m, conforme a Figura 112, e ser preferencialmente acionada por sensores eletrônicos ou dispositivos equivalentes. A força de acionamento deve ser inferior a 23 N. Admite-se outra localização para o acionamento com alcance manual, conforme a Seção 4.

Na impossibilidade de uso de válvula de descarga, recomenda-se que seja colocada caixa de descarga embutida. Para estas caixas, aplicam-se os mesmos requisitos de força e altura de acionamento.

Dimensões em metros



a) Vista frontal

b) Vista lateral esquerda

Figura 112 – Altura máxima de acionamento da válvula de descarga

7.7.3.2 Mecanismo de acionamento de descarga em caixa acoplada

O mecanismo de acionamento de descarga em caixa acoplada deve estar localizado dentro do alcance manual de pessoas em cadeira de rodas, conforme 4.6.

O mecanismo de acionamento de descarga em caixa acoplada pode ser por alavanca, sensores eletrônicos ou dispositivos equivalentes, conforme 4.6.7.

7.8 Instalação de lavatório e barras de apoio

Os lavatórios, suas fixações e ancoragens devem atender no mínimo aos esforços previstos nas ABNT NBR 15097-1 e ABNT NBR 15097-2.

Sua instalação deve possibilitar a área de aproximação de uma pessoa em cadeira de rodas, quando se tratar de sanitário acessível, e garantir a aproximação frontal de uma pessoa em pé, quando se tratar de um sanitário qualquer, conforme a Figura 113.

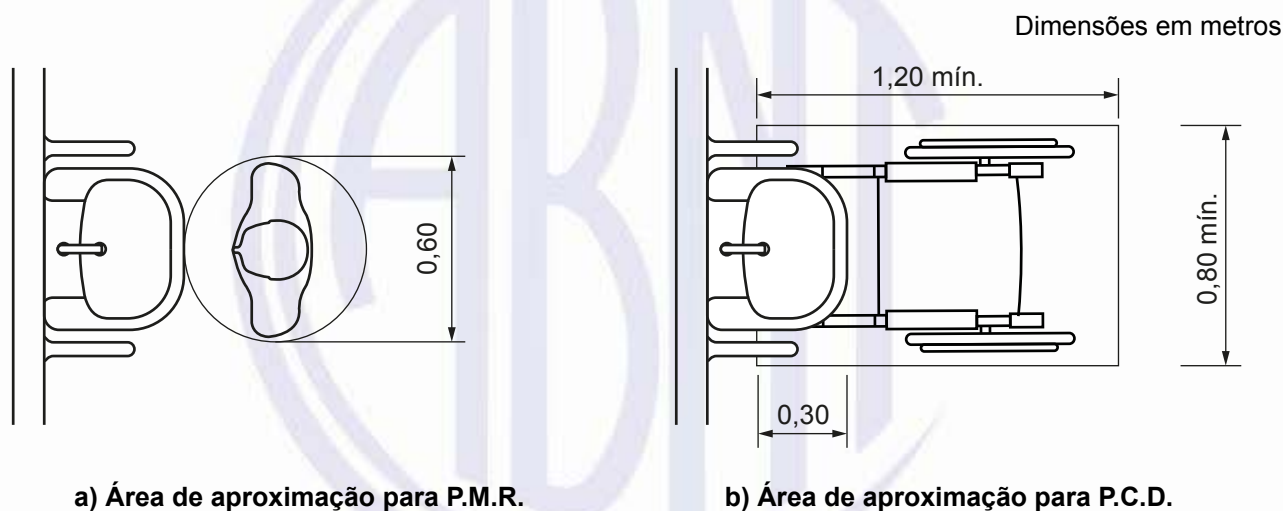


Figura 113 – Área de aproximação frontal – Lavatório

7.8.1 As barras de apoio dos lavatórios podem ser horizontais e verticais. Quando instaladas, devem ter uma barra de cada lado, conforme exemplos ilustrados nas Figuras 114 e 115, e garantir as seguintes condições:

- ter um espaçamento entre a barra e a parede, ou de qualquer outro objeto, de no mínimo 0,04 m, para ser utilizada com conforto;
- ser instaladas até no máximo 0,20 m, medido da borda frontal do lavatório até o eixo da barra, para permitir o alcance;
- garantir o alcance manual da torneira em no máximo 0,50 m, medido da borda frontal do lavatório até o eixo da torneira, conforme as Figuras 99 e 114;
- as barras horizontais devem ser instaladas a uma altura 0,78 m a 0,80 m, medida a partir do piso acabado até a face superior da barra, acompanhando a altura do lavatório;
- as barras verticais devem ser instaladas a uma altura de 0,90 m do piso e com comprimento mínimo de 0,40 m, garantindo a condição da alínea a);
- ter uma distância máxima de 0,50 m do eixo do lavatório ou da cuba até o eixo da barra vertical instalada na parede lateral ou na parede de fundo, para garantir o alcance.

Dimensões em metros

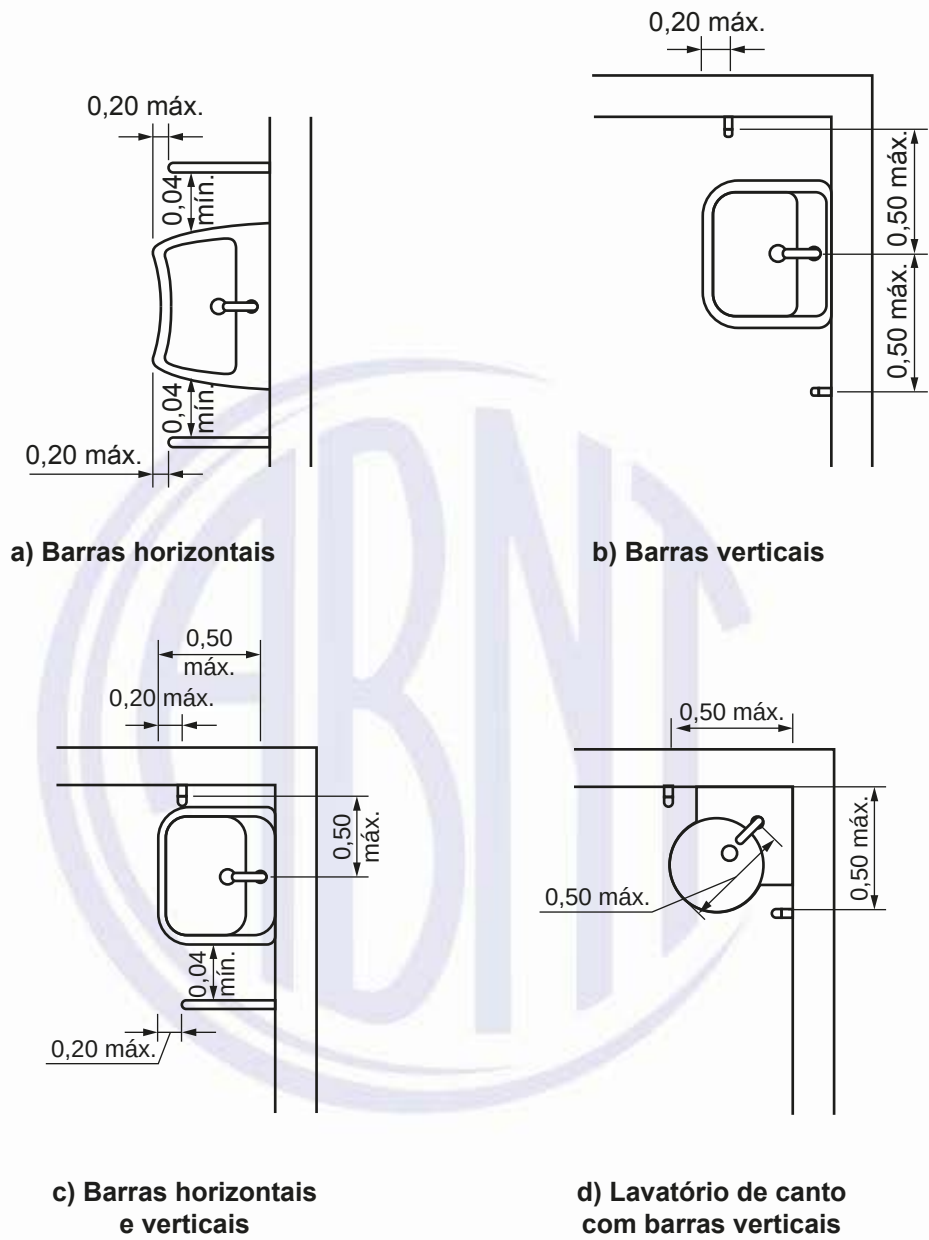


Figura 114 – Barra de apoio no lavatório – Vista superior (continua)

Dimensões em metros

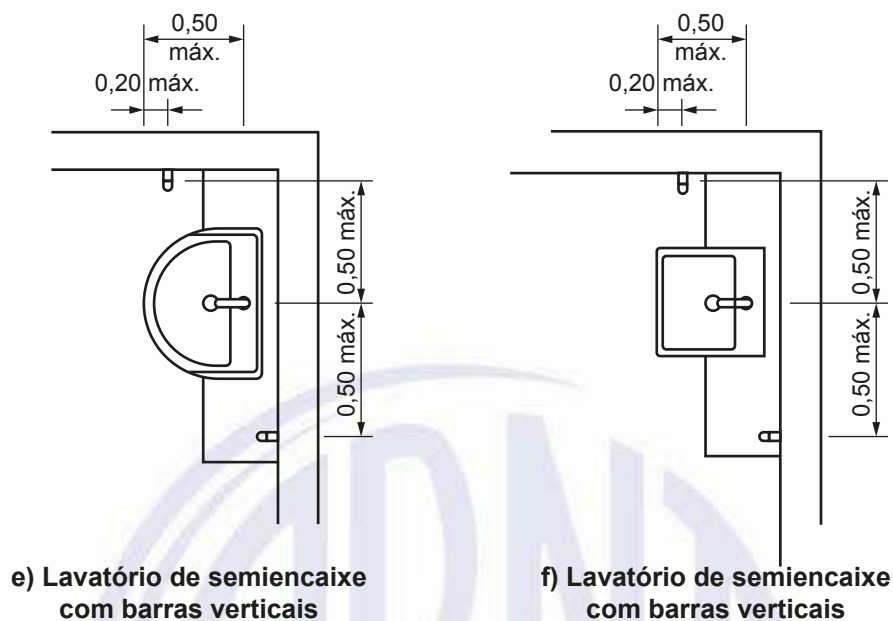


Figura 114 (conclusão)

Dimensões em metros

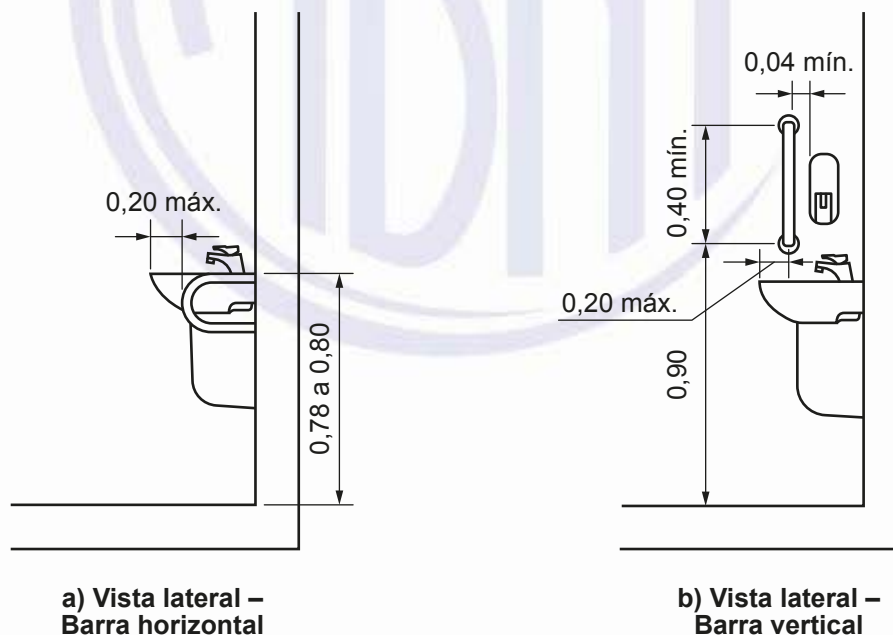


Figura 115 – Barra de apoio no lavatório – Vista lateral

7.8.2 Os lavatórios em sanitários acessíveis, e no mínimo um em sanitários coletivos, devem ser equipados com torneiras acionadas por alavancas, sensores eletrônicos ou dispositivos equivalentes, que exijam esforço máximo de 23 N. Torneiras com ciclo automático devem possuir ciclo de fechamento de 10 s a 20 s.

Quando houver água quente, é obrigatório garantir solução que evite o contato do usuário com o sifão ou a tubulação. É recomendado o uso de válvula termostática alimentando a torneira. Opcionalmente, a válvula termostática pode ser substituída por misturadores monocomando ou duplo comando, ou aparelho único que integre as funções de misturador e torneira automática, desde que dotado de alavanca.

7.9 Sanitários e banheiros com trocador para crianças e adultos – Sanitário familiar

Em edifícios de uso público ou coletivo, definidos em 7.4.3.2, dependendo da sua especificidade ou natureza de seu uso, recomenda-se ter sanitário familiar com entrada independente, com boxe provido de sanitário acessível (ver 7.5) e boxe com superfície para troca de roupas na posição deitada, com dimensões mínimas de 0,70 m de largura, 1,80 m de comprimento e 0,46 m de altura, devendo suportar no mínimo 150 kg, e providos de barras de apoio, conforme 7.14.1.

7.10 Sanitário coletivo

O sanitário coletivo é para uso por pessoas com mobilidade reduzida e por qualquer pessoa. Para tanto, os boxes devem atender aos requisitos para boxe comum (ver 7.10.1). Recomenda-se a instalação de um boxe com barra de apoio (ver 7.10.2) para o uso por pessoas com mobilidade reduzida.

O sanitário coletivo pode ter um boxe acessível, conforme a Tabela 9, para uso preferencial de pessoas em cadeira de rodas, além do boxe com entrada independente. Para tanto, deve garantir área de circulação, manobra e aproximação para o uso das peças sanitárias, conforme a Seção 4.

NOTA Para sanitário para uso por ostomizados, ver Anexo D.

7.10.1 Boxes comuns

Nos boxes comuns, as portas devem ter vão livre mínimo de 0,80 m e conter uma área livre com no mínimo 0,60 m de diâmetro, conforme as Figuras 116 e 117. Nas edificações existentes, admite-se porta com vão livre de no mínimo 0,60 m. Recomenda-se que as portas abram para fora, para facilitar o socorro à pessoa, se necessário.

Dimensões em metros

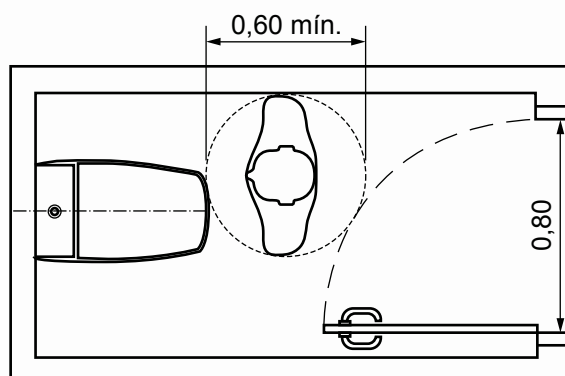


Figura 116 – Boxe comum com porta abrindo para o interior

Dimensões em metros

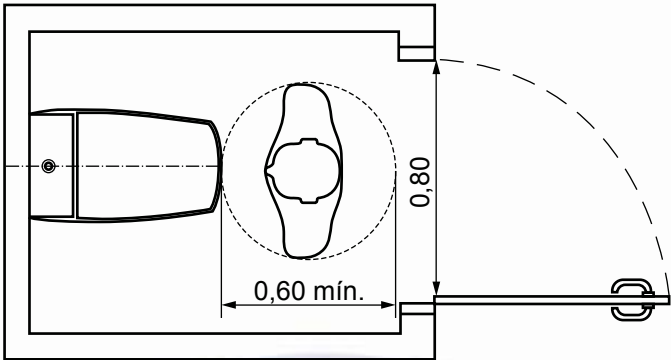


Figura 117 – Boxe comum com porta abrindo para o exterior

7.10.2 Boxes com barras de apoio

Nos sanitários e vestiários de uso coletivo, recomenda-se pelo menos um boxe com barras de apoio em forma de “L”, de 0,70 m por 0,70 m, ou com duas barras retas de 0,70 m no mínimo, e com o mesmo posicionamento, para uso por pessoas com redução de mobilidade, flexibilidade, coordenação motora e percepção, conforme a Figura 118.

Este boxe com barra de apoio não substitui o boxe sanitário acessível disposto em 7.5.

Dimensões em metros

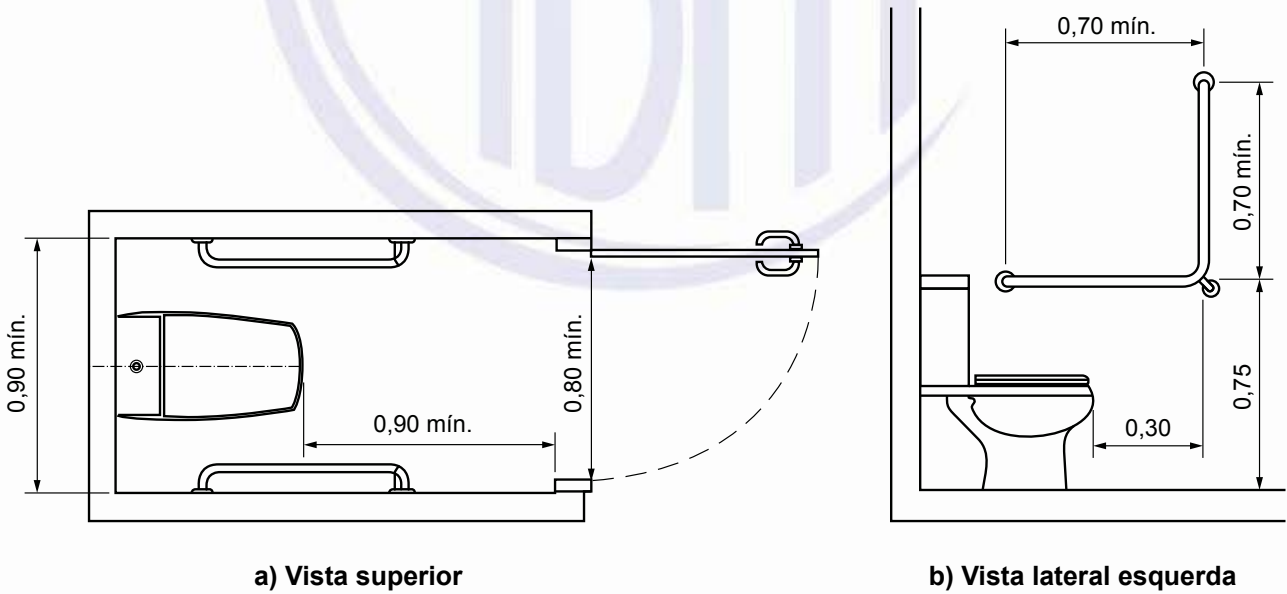


Figura 118 – Boxe com duas barras de 90°

7.10.3 Lavatórios em sanitários coletivos

Os tampos para lavatórios devem garantir no mínimo uma cuba com superfície superior entre 0,78 m e 0,80 m, e livre inferior de 0,73 m. Devem ser dotados de barras posicionadas conforme 7.8.1.

Quando se tratar de bancada com vários lavatórios, as barras de apoio devem estar posicionadas nas extremidades do conjunto, podendo ser em apenas uma das extremidades.

7.10.4 Mictório

Quando houver mictório, pelo menos um em cada sanitário, deve atender ao disposto em 7.10.4.1 a 7.10.4.3.

7.10.4.1 Deve ser prevista área de aproximação frontal para P.M.R., conforme a Figura 119.

Dimensões em metros

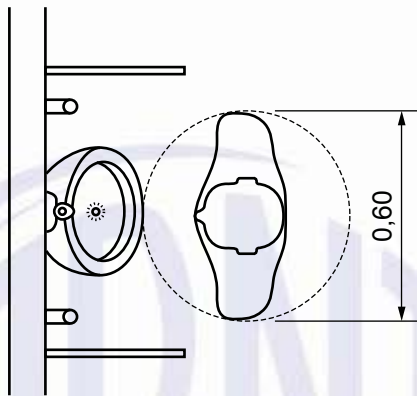


Figura 119 – Área de aproximação de P.M.R. – Mictório – Vista superior

7.10.4.2 Deve ser equipado com válvula de mictório instalada a uma altura de até 1,00 m do piso acabado, preferencialmente por sensor eletrônico, ou dispositivo equivalente ou fechamento automático, com esforço máximo de 23 N e atendendo aos requisitos da ABNT NBR 13713. Quando utilizado o sensor de presença, fica dispensada a restrição de altura de instalação.

7.10.4.3 Deve ser dotado de barras de apoio conforme disposto nas Figuras 120 e 121.

Dimensões em metros

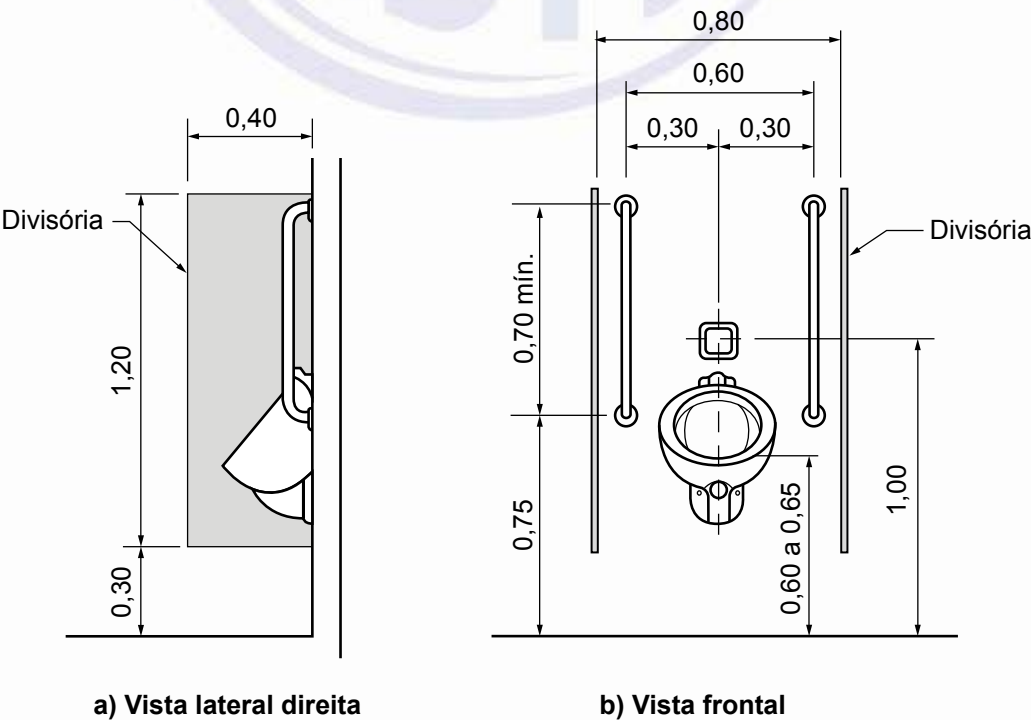


Figura 120 – Mictório suspenso

Dimensões em metros

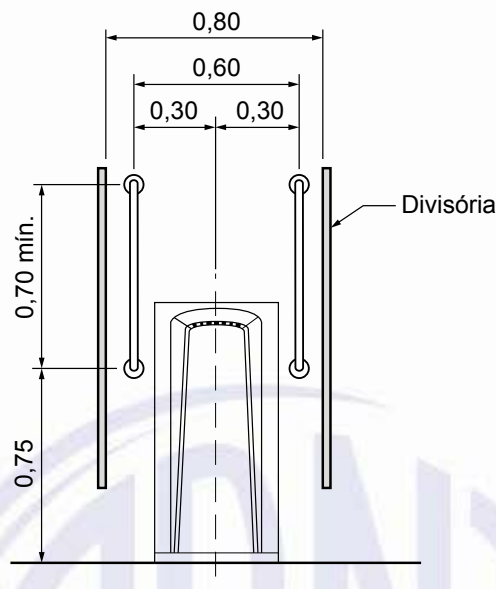


Figura 121 – Mictório de piso – Vista frontal

7.10.4.4 Recomenda-se que os mictórios para P.M.R. e P.C.R. sejam instalados o mais próximo possível da entrada dos sanitários.

7.11 Acessórios para sanitários acessíveis e coletivos

Os acessórios para sanitários, como porta-objeto, cabides, saboneteiras e toalheiros, devem ter área de utilização dentro da faixa de alcance acessível estabelecida na Seção 4, conforme a Figura 122.

Dimensões em metros

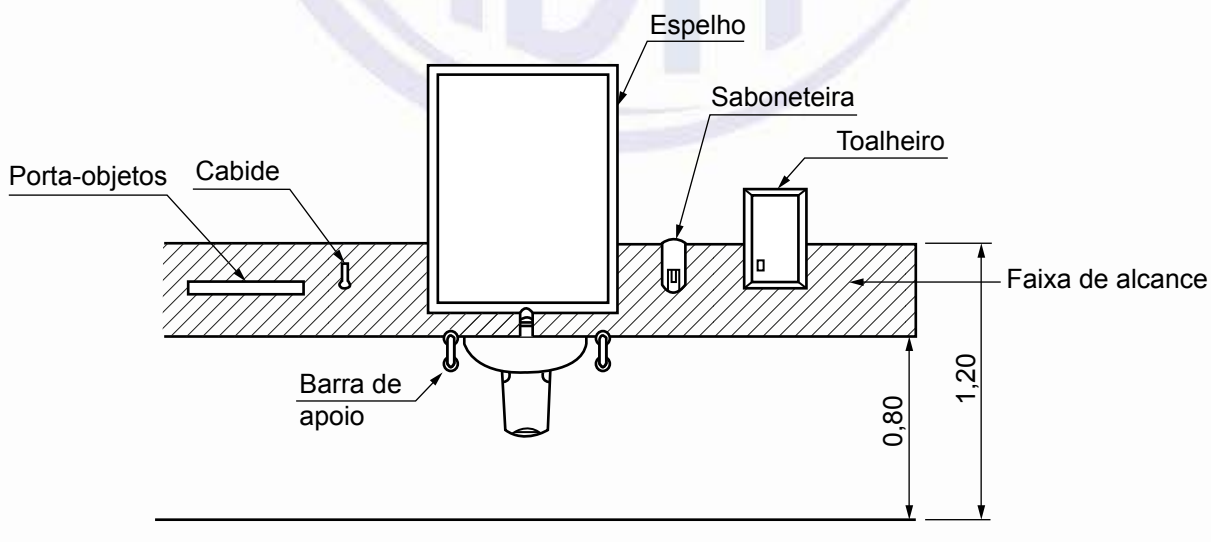


Figura 122 – Faixa de alcance de acessórios junto ao lavatório – Vista frontal

7.11.1 Espelhos

A altura de instalação e fixação de espelhos deve atender à Figura 123. Os espelhos podem ser instalados em paredes sem pias. Podem ter dimensões maiores, sendo recomendável que sejam instalados entre 0,50 m a 1,80 m em relação ao piso acabado.

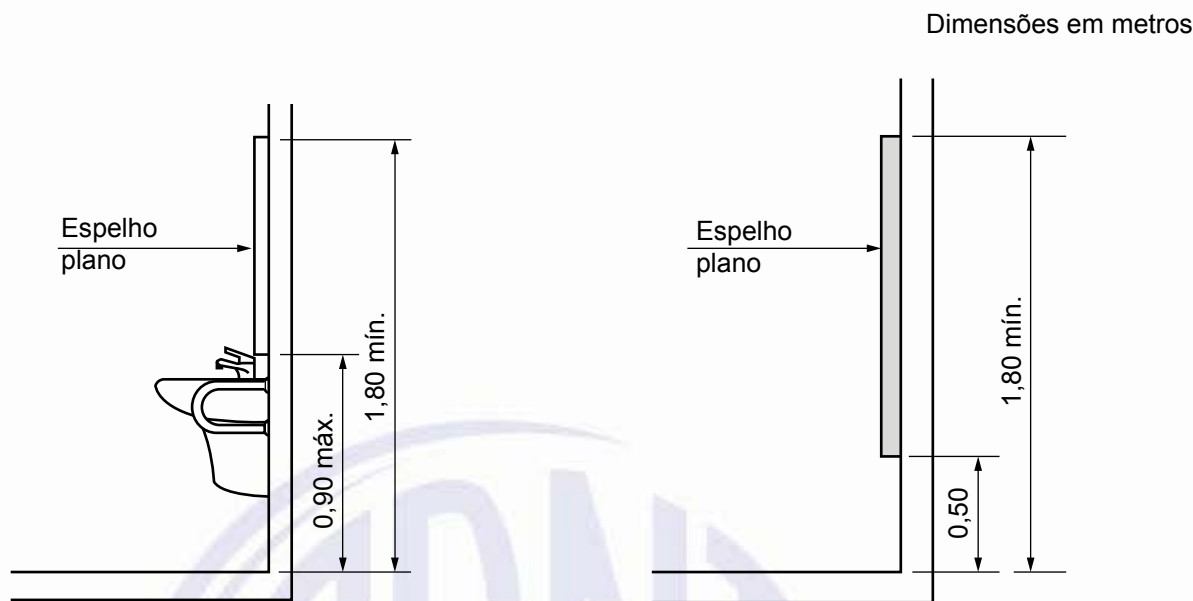


Figura 123 – Altura de instalação do espelho

7.11.2 Papeleiras

As papeleiras embutidas devem atender à Figura 124. No caso de papeleiras de sobrepor que, por suas dimensões, devem ser alinhadas com a borda frontal da bacia, o acesso ao papel deve ser livre e de fácil alcance, conforme as Figuras 125 ou 126. Não podem ser instaladas abaixo de 1,00 m de altura do piso acabado, para não atrapalhar o acesso à barra. Nos casos de bacias sanitárias sem parede ao lado, como demonstrado em 7.7.2.4, a barra de apoio deve ter um dispositivo para colocar o papel higiênico.

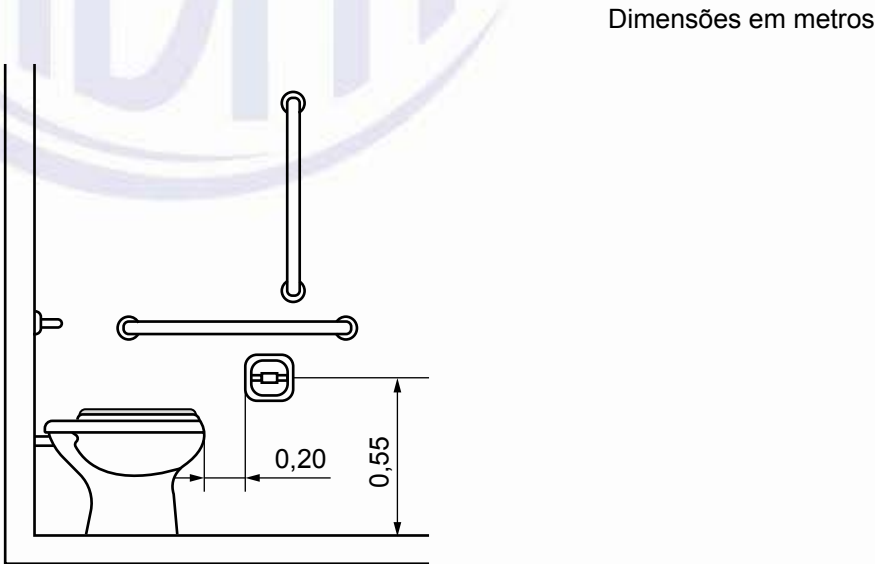


Figura 124 – Localização da papeleira embutida – Vista lateral

Dimensões em metros

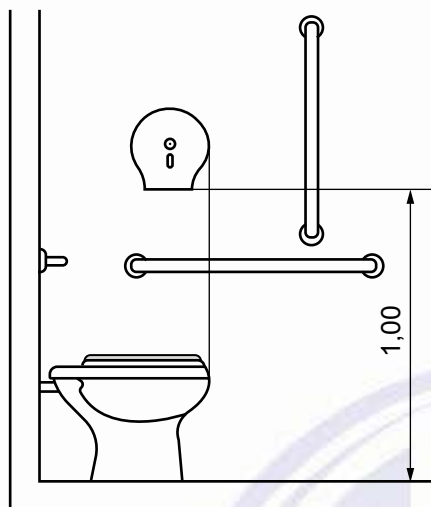


Figura 125 – Localização da papelreira de sobrepor (rolo) – Vista lateral

Dimensões em metros

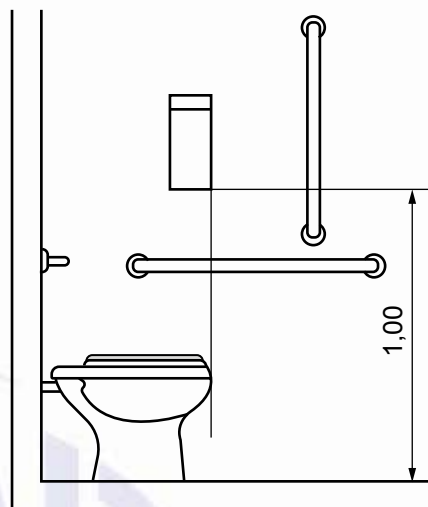


Figura 126 – Localização da papelreira de sobrepor (interfolhado) – Vista lateral

7.11.3 Cabide

Deve ser instalado cabide junto aos lavatórios, boxes de chuveiro, bancos de vestiários, trocadores e boxes de bacia sanitária, a uma altura entre 0,80 m e 1,20 m do piso acabado.

7.11.4 Porta-objetos

Deve ser instalado um porta-objetos junto ao lavatório, ao mictório e à bacia sanitária, a uma altura entre 0,80 m e 1,20 m, com profundidade máxima de 0,25 m, em local que não interfira nas áreas de transferência e manobra nem na utilização das barras de apoio.

7.11.4.1 Recomenda-se que o porta-objetos não seja instalado atrás de portas.

7.11.4.2 O porta-objeto não pode ter cantos agudos e superfícies cortantes ou abrasivas.

7.11.5 Puxador horizontal

As portas de sanitários e vestiários, conforme especificado em 6.11.2.7 e na Figura 86, devem ter, no lado oposto ao de abertura, puxador horizontal associado à maçaneta.

7.12 Banheiros acessíveis e vestiários com banheiros conjugados

7.12.1 Boxe para chuveiro e ducha

Banheiros acessíveis e vestiários com banheiros conjugados devem prever área de manobra para rotação de 360° para circulação de pessoa em cadeira de rodas.

7.12.1.1 Área de transferência

Para os boxes de chuveiros, deve ser prevista uma área de transferência externa ao boxe, de forma a permitir a aproximação e a entrada de cadeira de rodas, cadeiras de banho ou similar.

Quando houver porta no box, esta deve ter vão com largura livre mínima de 0,90 m e ser confeccionada em material resistente a impacto. Recomenda-se o uso de cortina ou porta de correr, desde que sem trilho no piso.

A área de varredura da porta não pode interferir na área de transferência da cadeira de rodas para o banco.

Os boxes devem ser providos de banco articulado ou removível, com cantos arredondados e superfície antiderrapante impermeável, ter profundidade mínima de 0,45 m, altura de 0,46 m do piso acabado e comprimento mínimo de 0,70 m, instalados no eixo entre as barras, conforme a Figura 127. O banco e os dispositivos de fixação devem suportar um esforço de 150 kg.

7.12.1.2 Dimensões mínimas dos boxes de chuveiros

As dimensões mínimas dos boxes de chuveiros devem ser de 0,90 m × 0,95 m.

7.12.2 Comandos

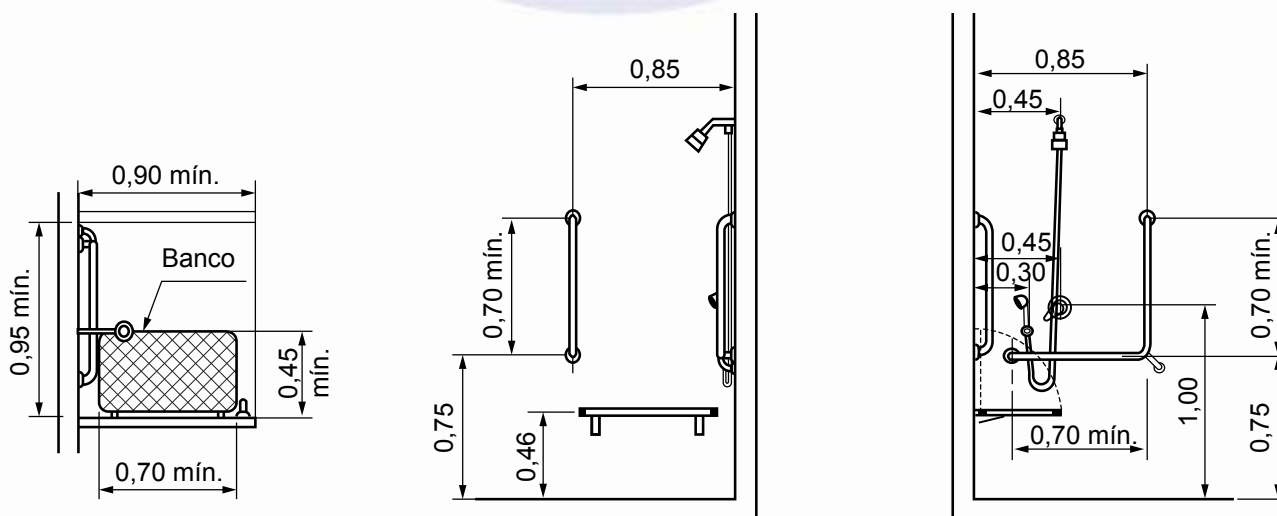
Nos chuveiros, recomenda-se o uso de equipamento com válvula termostática, que evita o risco de queimaduras, ou o uso de monocomando. Quando do emprego de registros de pressão para a mistura das águas quente e fria, estes devem ser acionados por alavanca com curso de no máximo 1/2 volta e ser instalados conforme a Figura 127.

O chuveiro deve ser equipado com desviador para ducha manual, e o controle de fluxo (ducha/chuveiro) deve ser na ducha manual. A função chuveiro pode ser exercida por ducha manual, fixada em barra deslizante, permitindo regulagens de alturas apropriadas às diversas necessidades dos usuários.

7.12.3 Barras de apoio em boxes para chuveiros

Os boxes para chuveiros devem ser providos de barras de apoio de 90° na parede lateral ao banco, e na parede de fixação do banco deve ser instalada uma barra vertical, conforme a Figura 127.

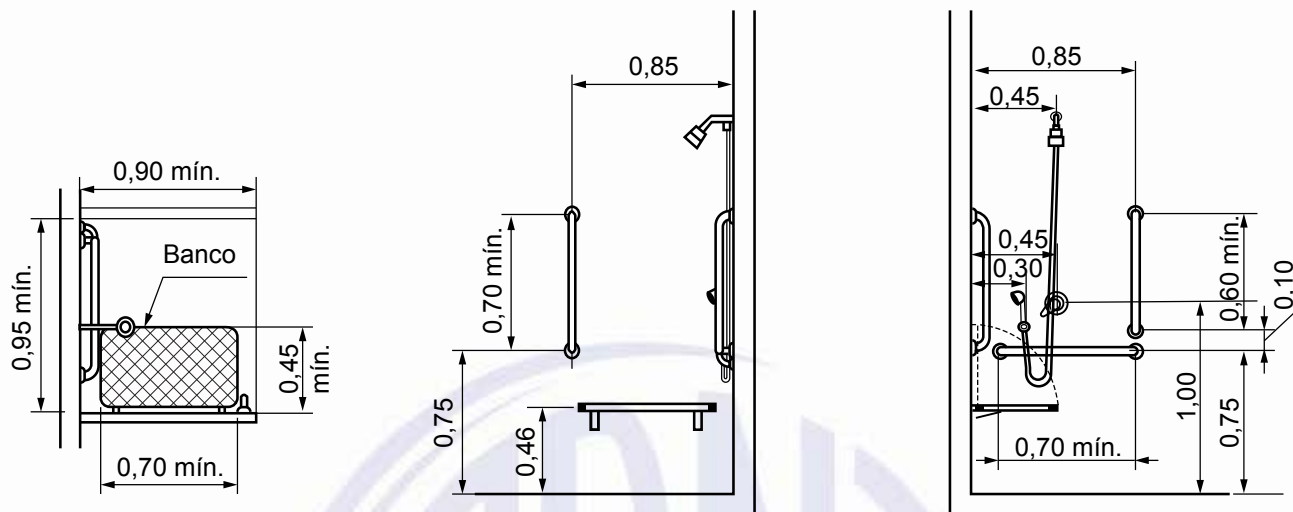
Dimensões em metros



a) Exemplo A – Vistas superior, lateral e frontal

Figura 127 – Boxe para chuveiro (continua)

Dimensões em metros



b) Exemplo B – Vistas superior, lateral e frontal

Figura 127 (conclusão)

7.12.4 Desnível do piso do boxe do chuveiro e vestiários

Os pisos dos boxes do chuveiro e dos vestiários devem observar as seguintes características:

- ser antiderrapantes;
- estar em nível com o piso adjacente, uma vez que cadeiras de banho se utilizaram destes, é recomendada uma inclinação de até 2 % para o escoamento da água do chuveiro para o ralo;
- grelhas e ralos devem ser posicionados fora das áreas de manobra e de transferência. É recomendado o uso de grelhas lineares junto à parede oposta à área de acesso.

7.13 Banheira

7.13.1 Deve ser prevista área de transferência lateral para plataforma fixa ou móvel, de forma a permitir aproximação paralela à banheira.

7.13.2 A transferência pode ser feita das seguintes formas:

- plataformas fixas niveladas, conforme a Figura 128;
- plataforma móvel, conforme a Figura 129.

Dimensões em metros

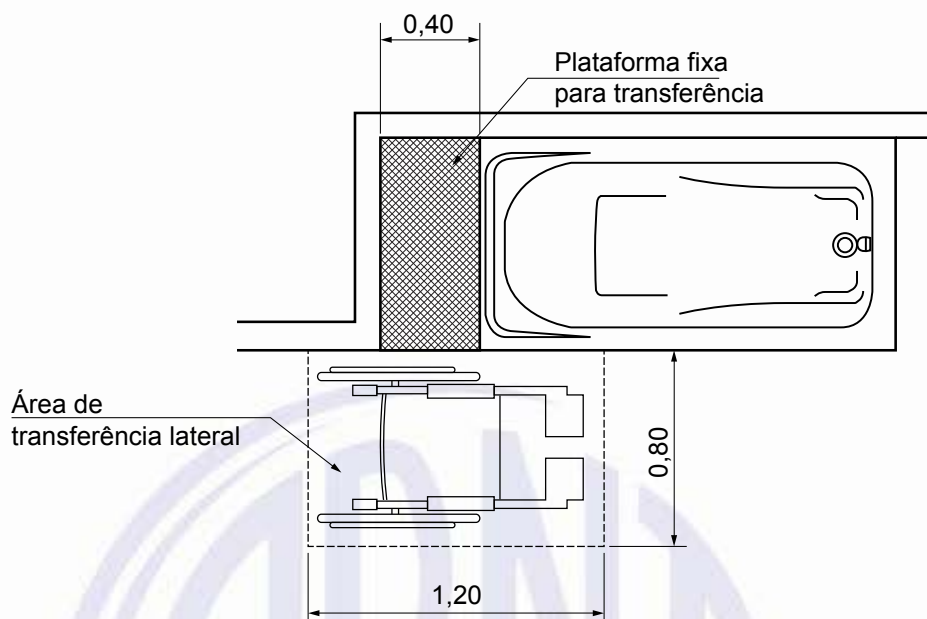


Figura 128 – Área de transferência para banheira – Plataforma fixa

Dimensões em metros

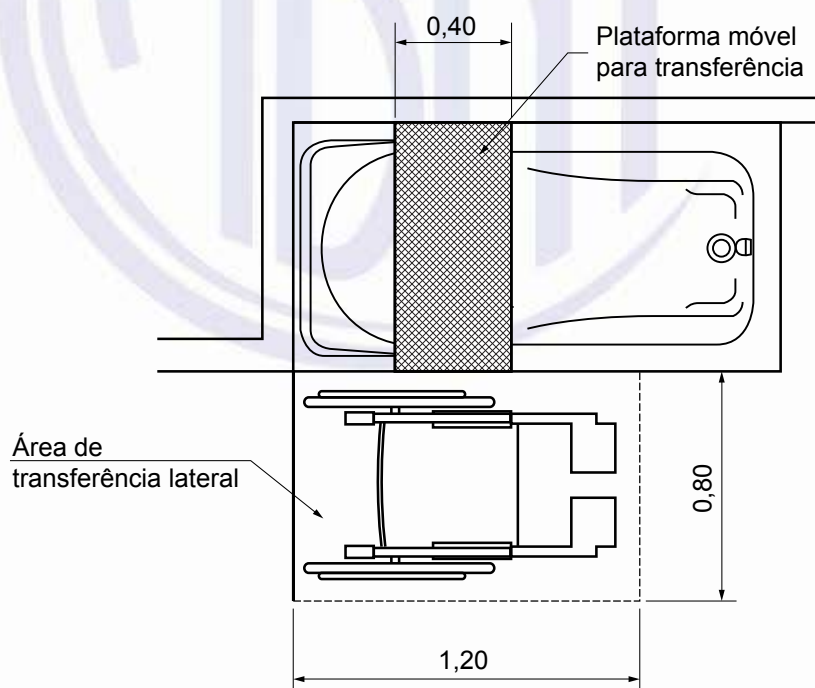


Figura 129 – Área de transferência para banheira – Plataforma móvel

7.13.2.1 A altura da banheira deve ser de no máximo 0,46 m do piso acabado.

7.13.2.2 Nas banheiras recomenda-se o uso de equipamento com válvula termostática, que evita o risco de queimaduras, ou o uso de monocomando. Quando empregados registros de pressão para a mistura de águas quente e fria, estes devem ser acionados por alavancas, com curso de 1/2 volta.

7.13.2.3 O acionamento do comando deve estar a uma altura de 0,80 m do piso acabado, conforme a Figura 130. Recomenda-se que os acionamentos estejam posicionados na parede lateral à banheira, oposta à plataforma.

7.13.2.4 A banheira deve ser provida de duas barras de apoio horizontais na parede frontal e uma vertical na parede lateral, do mesmo lado da plataforma, conforme a Figura 130.

Dimensões em metros

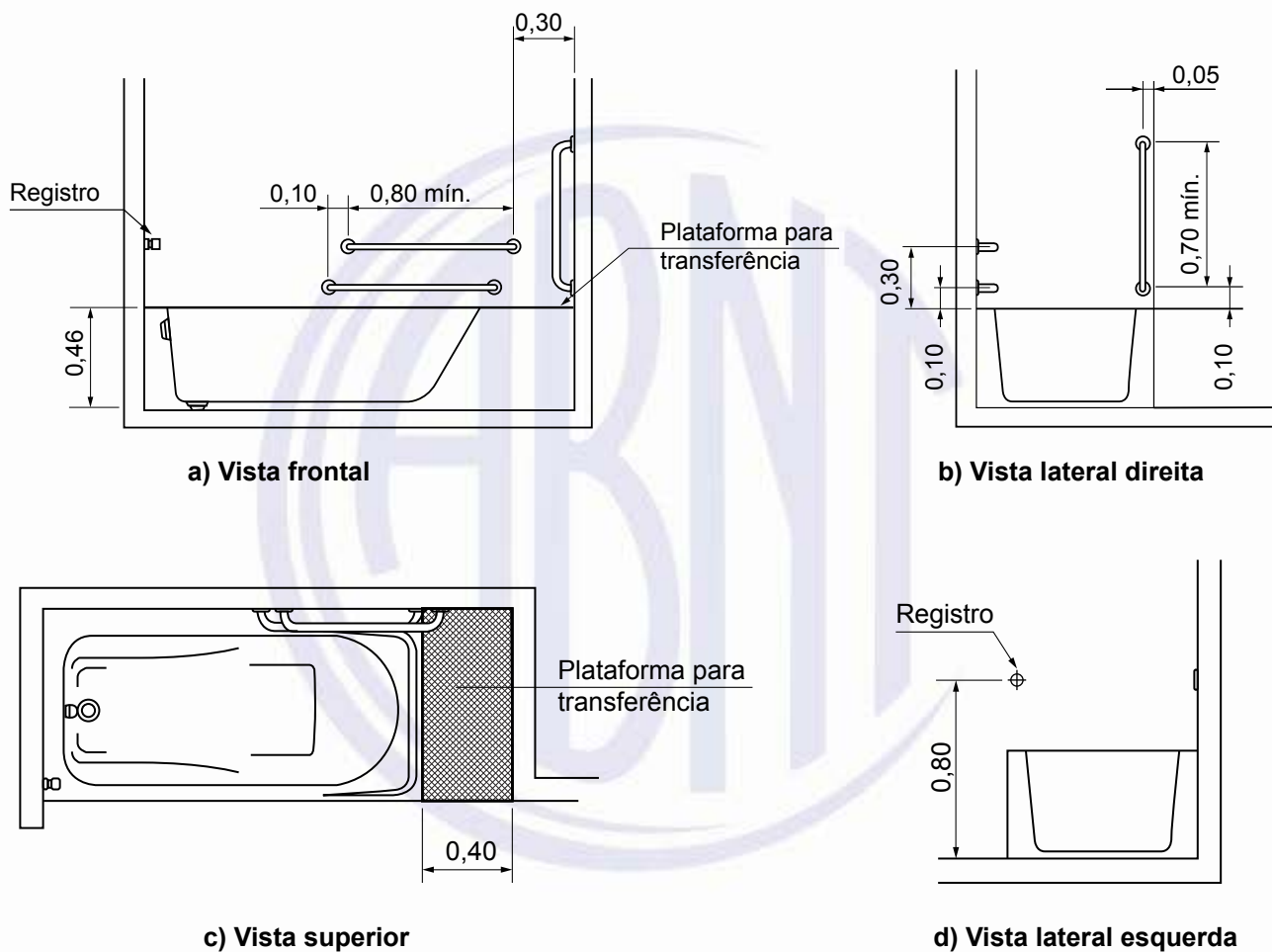


Figura 130 – Localização de barras de apoio – Banheira

7.13.2.5 A plataforma para transferência, bem como o fundo da banheira, devem ter superfície antiderrapante e não podem ser excessivamente abrasivos.

7.13.2.6 A existência da banheira acessível não elimina a necessidade do boxe acessível para chuveiro.

7.14 Vestiários

7.14.1 Cabinas

Os vestiários em cabinas individuais acessíveis, com uma superfície para troca de roupas na posição deitada, devem atender às dimensões da Figura 131. A área de transferência deve ser garantida, podendo as áreas de circulação e de manobra estar externas às cabinas.

7.14.1.1 As cabinas individuais devem ser providas de duas barras de apoio horizontais, na parede frontal e na parede lateral oposta à porta, conforme a Figura 131. O espelho e o cabide devem ser instalados conforme a Figura 131.

7.14.1.2 A porta da cabina deve atender ao descrito em 6.11.2.7, tendo sentido de abertura para o lado externo.

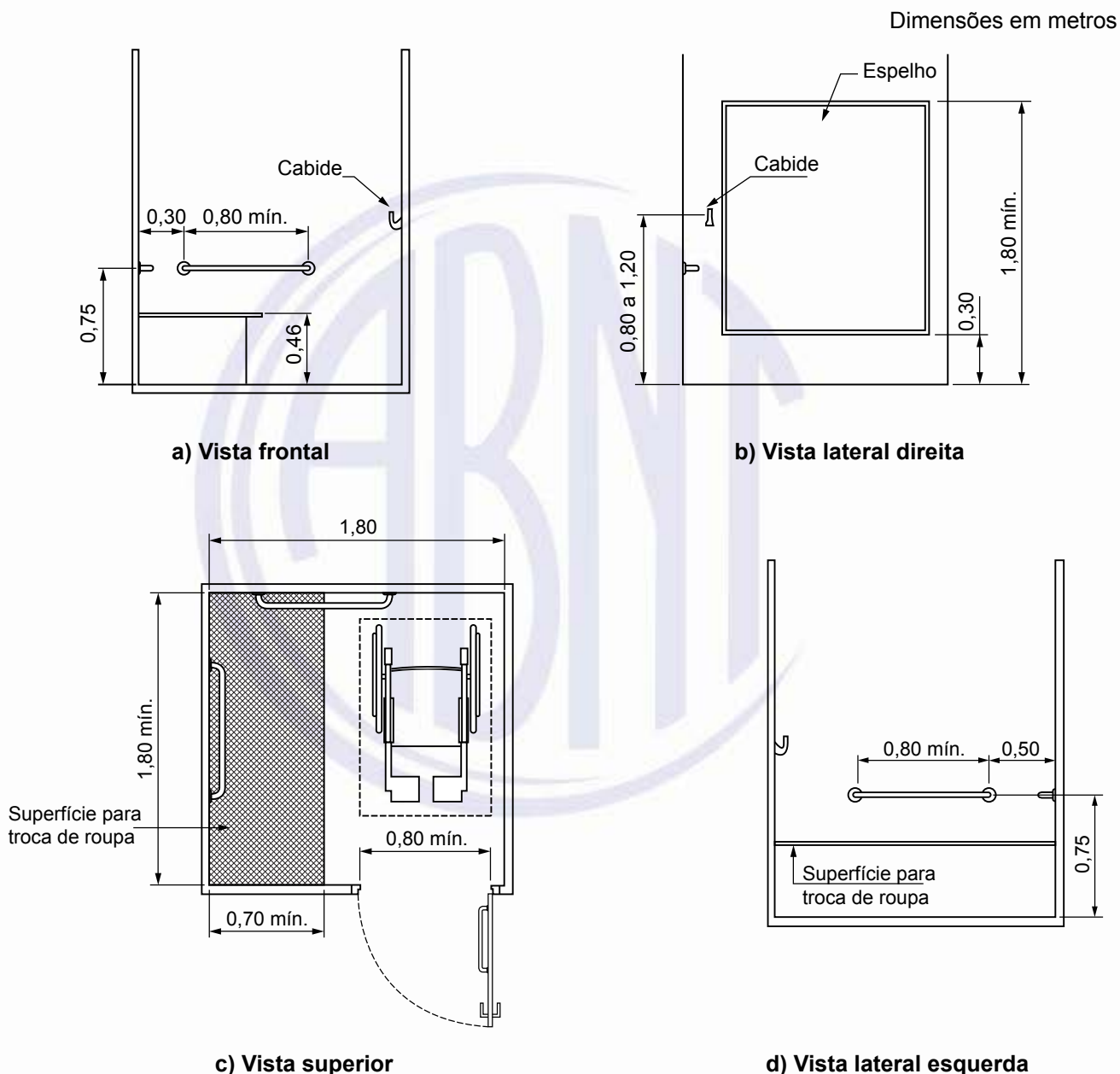


Figura 131 – Cabinas para vestiário acessível – Medidas e localização de barras

7.14.2 Bancos

Os bancos devem ser providos de encosto, ter profundidade mínima de 0,45 m e largura mínima de 0,70 m, e ser instalados a uma altura de 0,46 m do piso acabado.

Os bancos devem estar dispostos de forma a garantir as áreas de manobra, transferência e circulação, conforme a Seção 4. Recomenda-se espaço inferior ao banco de 0,30 m, livre de qualquer saliência ou obstáculo, para permitir eventual área de manobra, conforme a Figura 132.

Dimensões em metros

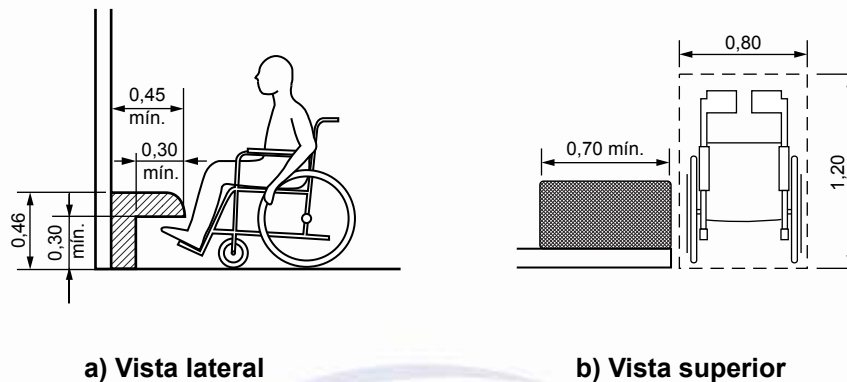


Figura 132 – Bancos de vestiários – Condições de aproximação e área de transferência

7.14.3 Armários

A altura de utilização de armários deve estar entre 0,40 m e 1,20 m do piso acabado. A altura de fixação dos puxadores e fechaduras deve estar em uma faixa entre 0,80 m e 1,20 m. As prateleiras devem ter profundidade máxima que atenda aos parâmetros estabelecidos em 4.6.

A projeção de abertura das portas dos armários não pode interferir na área de circulação mínima de 0,90 m, e as prateleiras, gavetas e cabides devem possuir profundidade e altura que atendam às faixas de alcance manual e visual, conforme a Seção 4.

7.14.4 Espelhos

Os espelhos devem ser instalados conforme 7.11.1.

7.14.5 Cabides e porta-objetos

Os cabides e porta-objetos devem ser instalados a uma altura entre 0,80 m a 1,20 m do piso acabado. Os porta-objetos devem ter profundidade máxima de 0,25 m. Não pode haver elementos com superfícies cortantes ou abrasivas.

8 Mobiliário urbano

8.1 Condições gerais

Recomenda-se que todo mobiliário urbano atenda aos princípios do desenho universal, conforme conceitos e princípios abordados no Anexo A.

Quando instalado na rota acessível, deve atender ao disposto em 4.3.3.

Para ser considerado acessível, o mobiliário urbano deve:

- proporcionar ao usuário segurança e autonomia de uso;
- assegurar dimensão e espaço apropriados para aproximação, alcance, manipulação e uso, postura e mobilidade do usuário, conforme a Seção 4;
- ser projetado de modo a não se constituir em obstáculo suspenso;

- d) ser projetado de modo a não possuir cantos vivos, arestas ou quaisquer outras saliências cortantes ou perfurantes;
- e) estar localizado junto a uma rota acessível;
- f) estar localizado fora da faixa livre para circulação de pedestre;
- g) ser sinalizado conforme 5.4.6.

8.2 Condições específicas

8.2.1 Pontos de embarque e desembarque de transporte público

8.2.1.1 Na implantação de pontos de embarque e desembarque de transporte público, deve ser preservada a faixa livre na calçada. Nenhum de seus elementos pode interferir na faixa livre de circulação de pedestres.

8.2.1.2 Quando houver assentos fixos e/ou apoios isquiáticos, deve ser garantido um espaço para P.C.R.

8.2.1.3 As informações sobre as linhas disponibilizadas nos pontos de ônibus devem atender aos parâmetros das Seções 4 e 5.

8.2.2 Semáforo de pedestre

8.2.2.1 Os dispositivos de acionamento manual para travessia de pedestres devem situar-se entre 0,80 m e 1,20 m de altura do piso acabado.

8.2.2.2 O tempo de travessia de pedestres deve estar adequado à marcha de pessoas com mobilidade reduzida de 0,4 m/s.

8.2.2.3 Os semáforos para pedestres devem estar equipados com mecanismos e dispositivos sincronizados que contenham sinais visuais e sonoros em conformidade com 5.2.

8.3 Telefones públicos

8.3.1 Pelo menos um telefone de cada conjunto deve atender ao descrito em 8.1 e aos parâmetros das Seções 4 e 5.

8.3.2 Em edificações de grande porte e equipamentos urbanos, como centros comerciais, aeroportos, rodoviárias, estádios, centros de convenções, entre outros, deve ser instalado pelo menos um telefone, que transmita mensagens de texto (TDD) ou tecnologia similar, instalado a uma altura entre 0,75 m e 0,80 m do piso acabado e serem sinalizados.

8.3.3 Quando instalados nas calçadas, os telefones não podem interferir na faixa livre de circulação de pedestres.

8.3.4 O telefone acessível deve atender à ABNT NBR 15599.

8.4 Cabinas telefônicas

8.4.1 Em locais com cabinas telefônicas, deve haver no mínimo uma que permita o uso por todas as pessoas, inclusive as P.C.R.

8.4.2 A cabina telefônica acessível deve atender ao seguinte:

- a) deve ser garantido um M.R., posicionado para a aproximação frontal ao telefone. O telefone deve ser instalado suspenso, na parede oposta à entrada, conforme a Figura 133;
- b) a entrada deve estar localizada no lado de menor dimensão em relação ao M.R e deve possuir um vão livre de no mínimo 0,80 m. Quando houver porta de eixo vertical, seu sentido de abertura deve ser para fora;
- c) o piso da cabina deve estar em nível com o piso externo ou, se houver desnível, deve atender ao descrito em 6.3.4;
- d) quando existir superfície para apoio de objetos, esta deve ser instalada a uma altura entre 0,75 m e 0,85 m, com altura livre inferior de no mínimo 0,73 m do piso e com profundidade mínima de 0,30 m;
- e) a cabina deve possuir internamente no mínimo uma fonte de luz;
- f) o espaço em frente à cabina deve permitir a rotação de 180° da cadeira de rodas.

Dimensões em metros

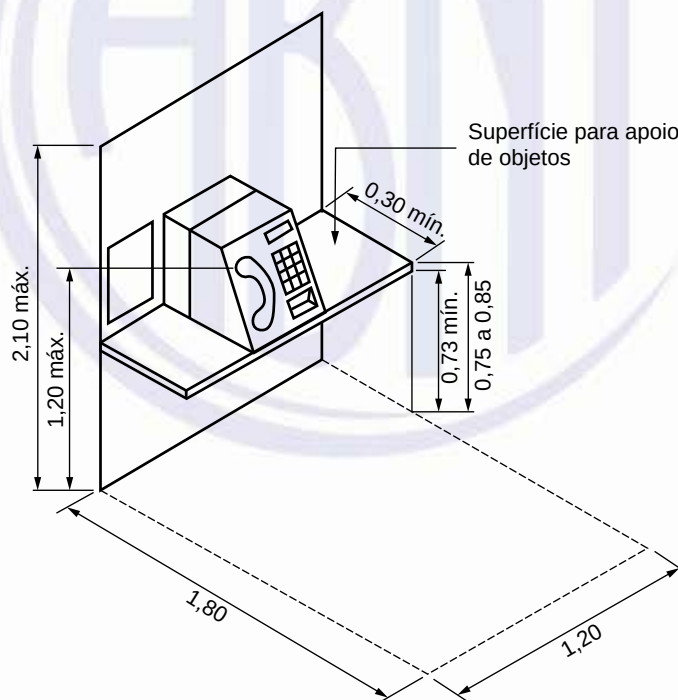


Figura 133 – Telefone acessível – Medidas para instalação e área de aproximação – Perspectiva

8.5 Bebedouros

8.5.1 Bebedouros de bica

8.5.1.1 A bica deve ser do tipo de jato inclinado, estar localizada no lado frontal do bebedouro, permitir a utilização por meio de copos e ser de fácil higienização.

8.5.1.2 Devem ser instalados bebedouros com no mínimo duas alturas diferentes de bica, sendo uma de 0,90 m e outra entre 1,00 m e 1,10 m em relação ao piso acabado.

8.5.1.3 O bebedouro com altura de bica de 0,90 m deve ter altura livre inferior de no mínimo 0,73 m do piso acabado, e deve ser garantido um M.R. para a aproximação frontal.

8.5.2 Bebedouros do tipo garrafão e outros modelos

O acionamento de bebedouros do tipo garrafão, filtros com célula fotoelétrica ou outros modelos, assim como a posição de manuseio dos copos, devem situar-se entre 0,80 m e 1,20 m de altura do piso acabado e ser localizados de modo a permitir aproximação lateral da P.C.R.

8.6 Lixeiras e contentores para reciclados

8.6.1 Quando instalados em áreas públicas, devem ser localizados fora das faixas livres de circulação.

8.6.2 Deve ser garantido espaço para aproximação de P.C.R. e altura que permita o alcance manual pelo maior número de pessoas, conforme a Seção 4.

8.7 Cabinas de sanitários públicos

As cabinas de sanitários públicos acessíveis devem atender à Seção 7.

8.8 Ornamentação da paisagem e ambientação urbana – Vegetação

8.8.1 O plantio e manejo da vegetação devem garantir que os elementos (ramos, raízes, plantas entouceiradas, galhos de arbustos e de árvores) e suas proteções (muretas, grades ou desníveis) não interfiram nas rotas acessíveis e áreas de circulação de pedestres.

8.8.2 Nas áreas adjacentes às rotas acessíveis e áreas de circulação de pedestres, a vegetação não pode apresentar as seguintes características:

- a) espinhos ou outras características que possam causar ferimentos;
- b) raízes que prejudiquem o pavimento;
- c) princípios tóxicos perigosos.

8.8.3 Quando as áreas drenantes de árvores estiverem invadindo as faixas livres do passeio, devem ser instaladas grelhas de proteção, niveladas em relação ao piso adjacente.

8.8.4 As dimensões e os espaços entre os vãos das grelhas de proteção não podem exceder 15 mm de largura e devem garantir as especificações mínimas de 6.3.5.

8.9 Assentos públicos

8.9.1 Os assentos devem apresentar:

- a) altura entre 0,40 m e 0,45 m, medida na parte mais alta e frontal do assento;
- b) largura do módulo individual entre 0,45 m e 0,50 m;
- c) profundidade entre 0,40 m e 0,45 m, medida entre a parte frontal do assento e a projeção vertical do ponto mais frontal do encosto;
- d) ângulo do encosto em relação ao assento entre 100° a 110°.

8.9.2 Os assentos devem estar implantados sobre uma superfície nivelada com o piso adjacente.

8.9.3 Deve ser garantido um M.R. ao lado dos assentos fixos, sem interferir com a faixa livre de circulação, conforme a Figura 134.

Dimensões em metros

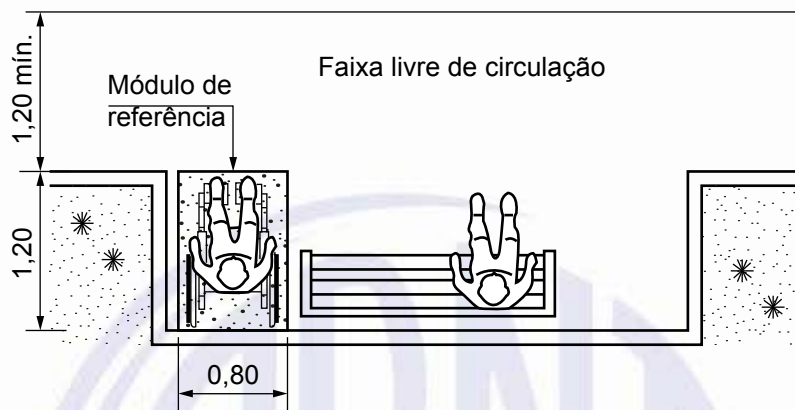


Figura 134 – Banco – Área para transferência – Exemplo – Vista superior

9 Mobiliário

9.1 Condições gerais

Recomenda-se que todo o mobiliário atenda aos princípios do desenho universal, conforme conceitos e princípios abordados no Anexo A.

Quando instalado na rota acessível, deve atender ao disposto em 4.3.3.

9.2 Balcão, bilheterias e balcões de informação

9.2.1 Balcão de atendimento e de caixa bancário

9.2.1.1 Balcões de atendimento acessíveis devem ser facilmente identificados e localizados em rotas acessíveis.

9.2.1.2 Balcões de atendimento acessíveis devem garantir um M.R. posicionado para a aproximação frontal. Devem garantir ainda circulação adjacente que permita giro de 180° à P.C.R.

9.2.1.3 O projeto de iluminação deve assegurar que a face do atendente seja uniformemente iluminada.

9.2.1.4 Balcões de atendimento acessíveis devem possuir superfície com largura mínima de 0,90 m e altura entre 0,75 m a 0,85 m do piso acabado, assegurando-se largura livre mínima sob a superfície de 0,80 m.

9.2.1.5 Devem ser asseguradas altura livre sob o tampo de no mínimo 0,73 m e profundidade livre mínima de 0,30 m, de modo que a P.C.R. tenha a possibilidade de avançar sob o balcão.

9.2.1.6 Quando houver um conjunto com número superior a seis postos de atendimento, deve ser previsto um posto acessível para atendente em cadeira de rodas (P.C.R.), que apresente áreas para aproximação frontal e circulação adjacente, que permitam giro de 180°.

9.2.1.7 Em balcões de atendimento e de caixa bancário localizados em ambientes ruidosos, em locais de grande fluxo de pessoas (como rodoviárias e aeroportos) ou nos casos de separação do atendente com o usuário por uma divisória de segurança, deve ser previsto sistema de amplificação de voz.

9.2.2 Caixas de pagamento

9.2.2.1 Caixas de pagamento devem ser facilmente identificadas e localizadas em rotas acessíveis.

9.2.2.2 Caixas de pagamento acessíveis e dispositivos de pagamento devem possuir superfície de manuseio e alcance visual com altura entre 0,80 m e 0,90 m do piso acabado e devem ter espaço para a aproximação lateral ou frontal para a P.C.R., conforme a seguir:

- a) para aproximação frontal, deve ser assegurada altura livre sob a superfície de no mínimo 0,73 m, com profundidade livre mínima de 0,30 m. Deve ser garantida ainda circulação adjacente que permita giro de 180° à P.C.R.;
- b) para aproximação lateral, deve ser assegurada passagem livre de 0,90 m de largura.

9.2.3 Bilheterias, balcões de informação e similares

9.2.3.1 As bilheterias e os balcões de informação devem estar próximos às entradas, exceto em locais de grande ruído. Devem ser facilmente identificados e localizados em rotas acessíveis.

9.2.3.2 Para facilitar a leitura labial e gestual, o projeto de iluminação deve assegurar que a face do atendente seja uniformemente iluminada.

9.2.3.3 Telas e grades podem dificultar a comunicação e, portanto, devem ser utilizadas somente em casos essenciais, por questões de segurança.

9.2.3.4 As bilheterias e os balcões de informação acessíveis devem possuir largura mínima de 0,90 m e altura entre 0,90 m e 1,05 m do piso acabado.

9.2.3.5 As bilheterias e balcões de informação acessíveis devem garantir aproximação lateral à P.C.R. e circulação adjacente que permita rotação de 180°.

9.2.3.6 Próximo às bilheterias devem ser disponibilizados dispositivos organizadores de fila, para que as filas de espera não interfiram no acesso de pessoas com mobilidade reduzida e P.C.R.

9.2.3.7 Em bilheterias e balcões de informação localizados em ambientes ruidosos, em locais de grande fluxo de pessoas (como rodoviárias e aeroportos) ou nos casos de separação do atendente com o usuário por uma divisória de segurança, deve ser previsto sistema de amplificação de voz.

9.2.4 Acessibilidade ao atendente

Devem ser garantidas condições de circulação, manobra, aproximação e alcance para pessoas com deficiência na função de atendente, e o mobiliário deve estar de acordo com o disposto em 9.3.1.

9.3 Mesas ou superfícies

9.3.1 Mesas ou superfícies de trabalho

9.3.1.1 As mesas ou superfícies de trabalho acessíveis devem ser facilmente identificadas e localizadas dentro de uma rota acessível.

9.3.1.2 As mesas ou superfícies de trabalho acessíveis devem garantir um M.R. posicionado para a aproximação frontal. Deve ser garantida ainda circulação adjacente que permita giro de 180° à P.C.R.

9.3.1.3 As mesas ou superfícies de trabalho acessíveis devem possuir tampo com largura mínima de 0,90 m e altura entre 0,75 m e 0,85 m do piso acabado, assegurando-se largura livre mínima sob a superfície de 0,80 m, conforme a Figura 135.

9.3.1.4 Deve ser assegurada altura livre sob o tampo de no mínimo 0,73 m, com profundidade livre mínima de 0,50 m, de modo que a P.C.R. tenha a possibilidade de avançar sob a mesa ou superfície, conforme a Figura 135.

9.3.1.5 Sempre que as mesas ou superfícies de trabalho acessíveis forem utilizadas por uma única pessoa, elas podem ser adequadas conforme as necessidades específicas do usuário, objetivando a melhoria das condições de conforto e autonomia.

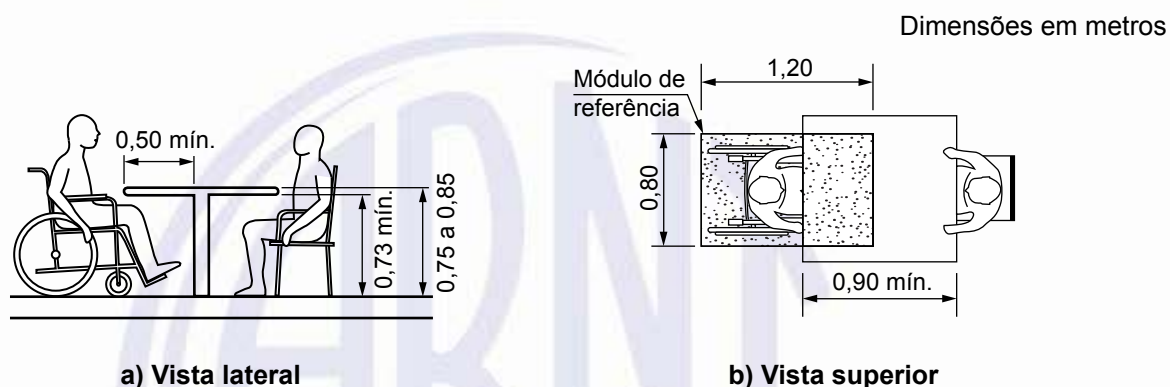


Figura 135 – Mesa – Medidas e área de aproximação

9.3.2 Mesas ou superfícies de refeição

9.3.2.1 As mesas ou superfícies de refeição acessíveis devem ser facilmente identificadas e localizadas dentro de uma rota acessível e estar distribuídas por todo o espaço.

9.3.2.2 As mesas ou superfícies de refeição acessíveis devem garantir um M.R. posicionado para a aproximação frontal. Deve ser garantida ainda circulação adjacente que permita giro de 180° à P.C.R.

9.3.2.3 As mesas ou superfícies de refeição acessíveis devem ter altura de tampo entre 0,75 m e 0,85 m do piso acabado.

9.3.2.4 Devem ser asseguradas sob o tampo a largura livre mínima de 0,80 m, altura livre mínima de 0,73 m e profundidade livre mínima de 0,50 m, para possibilitar que as P.C.R. avancem sob as mesas ou superfícies de refeição acessíveis.

9.3.3 Superfícies de apoio para bandeja ou similares

9.3.3.1 As bandejas, talheres, pratos, copos, temperos, alimentos e bebidas devem estar dispostos dentro da faixa de alcance manual, conforme 4.6.

9.3.3.2 Os alimentos e bebidas devem estar dispostos de forma a permitir seu alcance visual, conforme 4.8. Recomenda-se a instalação de espelho antiembaçante.

9.3.3.3 As superfícies de apoio para bandeja ou similares devem possuir altura entre 0,75 m e 0,85 m do piso, conforme a Figura 136. Deve ser garantida circulação adjacente com largura de no mínimo 0,90 m.

Dimensões em metros

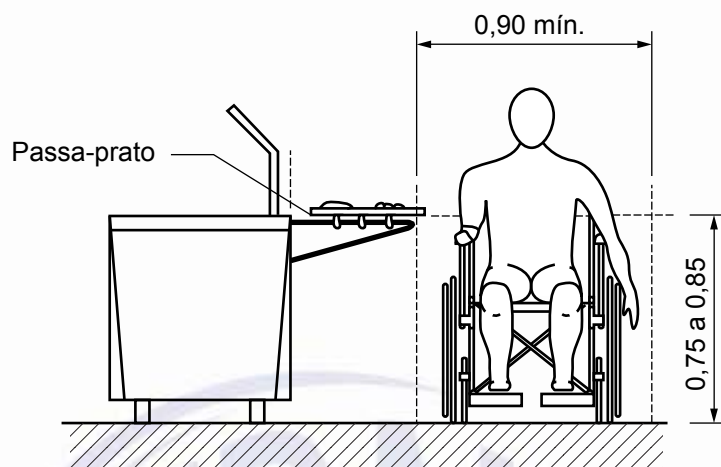


Figura 136 – Refeitórios – Medidas e espaço para circulação – Vista frontal

9.4 Equipamentos de controle de acesso e máquinas de autoatendimento

Os equipamentos de controle de acesso e máquinas de autoatendimento devem permitir o uso, da forma mais equitativa possível, a todas as pessoas, inclusive as que apresentam algum tipo de deficiência.

9.4.1 Equipamentos de controle de acesso

9.4.1.1 Quando houver equipamentos de controle de acesso através de catracas ou outras formas semelhantes de bloqueio, devem ser previstos dispositivos, passagens, portas ou portões com vão livre mínimo de 0,80 m de largura e atender 4.3.2.

9.4.1.2 Essas passagens, portas ou portões devem estar localizados em rotas acessíveis e apresentar circulação adjacente que permita giro de 180°.

9.4.1.3 Os dispositivos acessíveis devem ser sinalizados, assegurando a autonomia do usuário.

9.4.2 Caixas de autoatendimento bancário

9.4.2.1 Os caixas de autoatendimento bancário devem atender ao alcance manual e visual, conforme 4.6 e 4.8, e ser localizados em áreas adequadamente iluminadas, de modo a evitar reflexos, garantindo imagem nítida do equipamento e dos dispositivos de operação.

9.4.2.2 Próximo às caixas de autoatendimento bancário acessíveis, devem ser previstos aparelhos intercomunicadores que permitam que o usuário informe sobre problemas de operação.

9.4.2.3 Os caixas de autoatendimento bancário acessíveis devem dispor de dispositivos para acomodação de bengalas, muletas ou produtos de apoio similares, possibilitando às pessoas com deficiência visual ou mobilidade reduzida a liberação das mãos.

9.4.3 Máquinas de autoatendimento para compra de produtos

9.4.3.1 Nos locais em que forem previstas máquinas de autoatendimento, pelo menos uma para cada tipo de serviço deve ser acessível e estar localizada junto às rotas acessíveis.

9.4.3.2 As máquinas de autoatendimento devem estar localizadas em áreas de piso nivelado e livres de obstruções.

9.4.3.3 As máquinas de autoatendimento devem ser localizadas em áreas bem iluminadas em todos os períodos do dia e da noite e cuidadosamente protegidas da luz ambiente, incluindo a luz solar, para evitar reflexos, garantindo assim uma imagem nítida do equipamento e dos dispositivos de operação.

9.4.3.4 Nos equipamentos acessíveis, deve ser garantido um M.R. posicionado para a aproximação frontal e alcance visual frontal ou lateral da P.C.R., conforme a Figura 137.

9.4.3.5 Os controles devem estar localizados à altura entre 0,80 m e 1,20 m do piso, com profundidade de no máximo 0,30 m em relação à face frontal externa do equipamento.

9.4.3.6 Os dispositivos para inserção de dinheiro e retirada de produtos devem estar localizados à altura entre 0,40 m e 1,20 m do piso, com profundidade de no máximo 0,30 m em relação à face frontal externa do equipamento, e devem apresentar cor contrastante com a superfície de fundo, para serem facilmente identificados.

9.4.3.7 As teclas numéricas devem atender à ABNT NBR 15250.

9.4.3.8 Todos os equipamentos acessíveis por tipo de serviço devem apresentar instruções e informações visuais e auditivas ou táteis em posição visível, conforme a Seção 5.

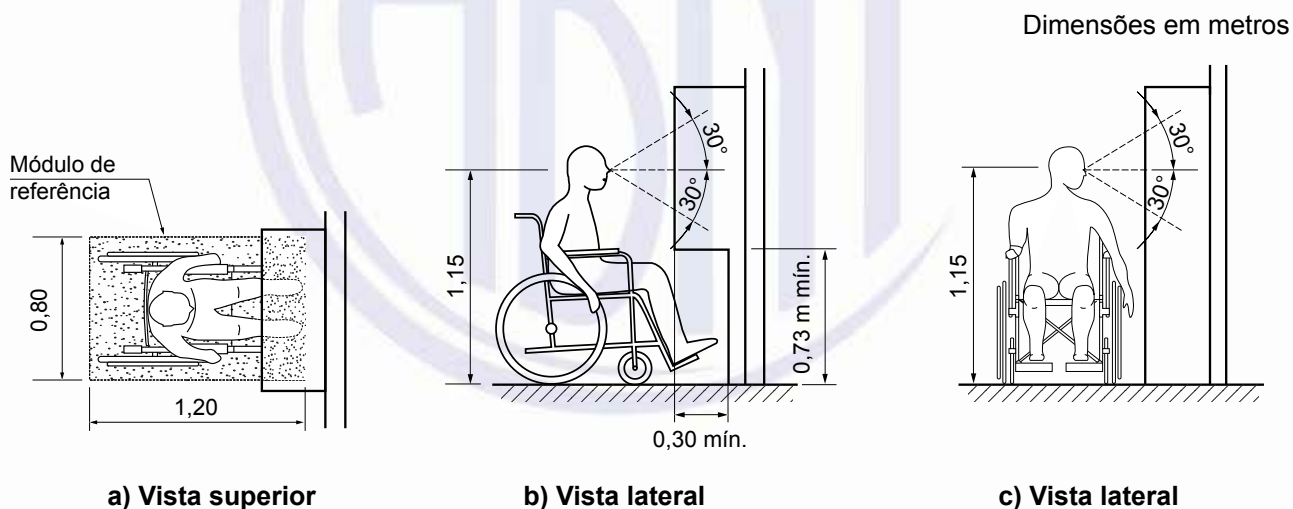


Figura 137 – Máquina de atendimento automático – Área de aproximação frontal e alcance visual

9.4.3.9 Deve-se garantir privacidade para a troca de instruções e informações a todos os indivíduos que utilizam o equipamento acessível, através da disponibilização de equipamentos de tecnologia assistiva, como, por exemplo, fones de ouvido.

10 Equipamentos urbanos

10.1 Geral

Recomenda-se que os equipamentos urbanos atendam aos princípios do desenho universal. O Anexo A contém informações e descrição dos princípios do desenho universal.

10.2 Bens tombados

10.2.1 Todos os projetos de adaptação para acessibilidade de bens tombados devem obedecer às condições descritas nesta Norma, compatibilizando soluções com os critérios estabelecidos por órgãos legisladores e sempre garantindo os conceitos de acessibilidade.

10.2.2 No caso de sítios, áreas ou elementos considerados inacessíveis ou com visitação restrita, deve-se garantir o acesso por meio de informação visual, auditiva ou tátil das áreas ou dos elementos cuja adaptação seja impraticável, com divulgação das condições de acessibilidade do bem patrimonial informadas com antecedência ao visitante e vinculadas a todo o material publicitário.

10.3 Cinemas, teatros, auditórios e similares

10.3.1 Gerais

Os cinemas, teatros, auditórios e similares, incluindo locais de eventos temporários, mesmo que para público em pé, devem possuir, na área destinada ao público, espaços reservados para pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida, atendendo às seguintes condições:

- a) estar localizados em uma rota acessível vinculada a uma rota de fuga;
- b) estar distribuídos pelo recinto, recomendando-se que seja nos diferentes setores e com as mesmas condições de serviços, conforto, segurança, boa visibilidade e acústica;
- c) ter garantido no mínimo um assento companheiro ao lado de cada espaço reservado para pessoa com deficiência e dos assentos destinados às P.M.R. e P.O.;
- d) estar instalados em local de piso plano horizontal;
- e) ser identificados no mapa de assentos localizados junto à bilheteria e *sítes* de divulgação, nas cadeiras para P.D.V., P.M.R. e P.O., e no piso do espaço reservado para P.C.R, nos padrões definidos em 5.3 e 5.5.2.2;
- f) devem ser disponibilizados dispositivos de tecnologia assistiva para atender às pessoas com deficiência visual e pessoas com deficiência auditiva;
- g) devem ser garantidas disposições especiais para a presença física de intérprete de Libras e de guias-intérpretes, com projeção em tela da imagem do intérprete sempre que a distância não permitir a sua visualização direta;
- h) atender à ABNT NBR 15599.

NOTA A quantidade de espaços para P.C.R e assento para P.D.V., P.M.R e P.O é determinada em legislação específica (ver [3] da Bibliografia).

10.3.2 Localização dos espaços para P.C.R. e assentos para P.M.R. e P.O.

10.3.2.1 Em cinemas, a distância mínima para a localização dos espaços para P.C.R. e os assentos para P.M.R. e P.O. deve ser calculada traçando-se um ângulo visual de no máximo 30° a partir do limite superior da tela até a linha do horizonte visual, com altura de 1,15 m do piso, conforme a Figura 138.

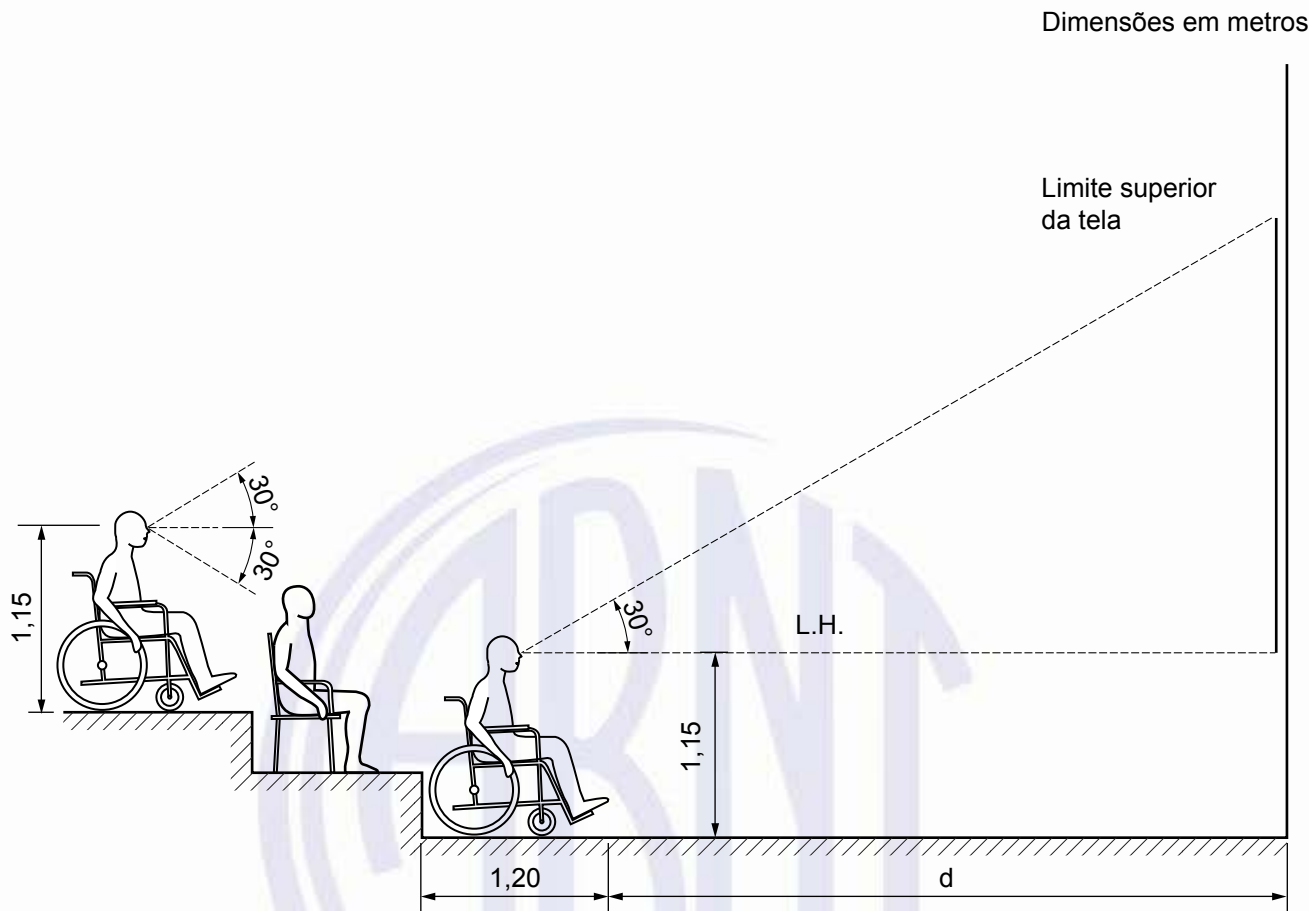


Figura 138 – Ângulo visual dos espaços para P.C.R. em cinemas – Vista lateral

10.3.2.2 Em teatros, auditórios ou similares, a localização dos espaços para P.C.R. e dos assentos para P.M.R. deve ser calculada de forma a garantir a visualização da atividade desenvolvida no palco, conforme a Figura 139.

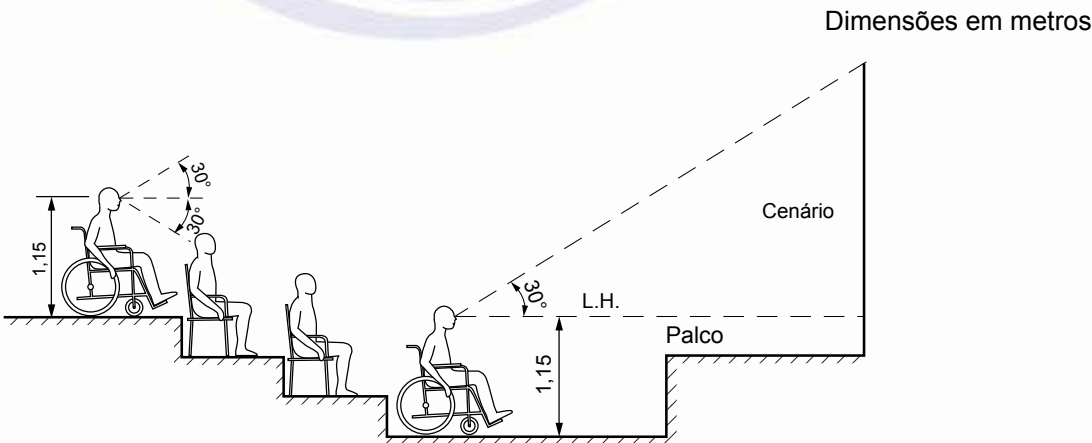


Figura 139 – Ângulo visual dos espaços para P.C.R. em teatros – Vista lateral

10.3.2.3 A localização dos espaços deve ser calculada traçando-se um ângulo visual de 30° a partir do limite superior da boca de cena até a linha do horizonte visual (L.H.), com altura de 1,15 m do piso. A altura do piso do palco deve ser inferior à L.H. visual, com altura de 1,15 m do piso da localização do espaço para P.C.R. e dos assentos para P.M.R., conforme a Figura 140.

10.3.2.4 Quando existir anteparo em frente aos espaços para P.C.R., sua altura e distância não podem bloquear o ângulo visual de 30°, medido a partir da linha visual padrão, com altura de 1,15 m do piso até o limite inferior da tela ou local do palco onde a atividade é desenvolvida, conforme a Figura 140. Quando, por questões de segurança, o anteparo obstruir o ângulo visual, ele deve ser executado de forma a permitir a visualização.

Dimensões em metros

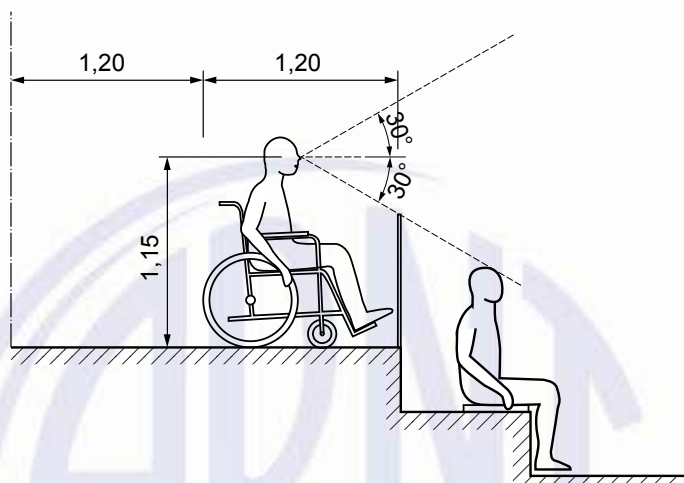


Figura 140 – Anteparos em arquibancadas – Vista lateral

10.3.2.5 Os assentos para P.M.R. e P.O. devem estar localizados junto aos corredores e de preferência nas fileiras contíguas às passagens transversais (ver Figura 141), sendo que os apoios para braços no lado junto aos corredores devem ser do tipo basculantes ou removíveis, conforme a Figura 146.

10.3.2.6 Os espaços para P.C.R. ou assentos para P.M.R. e P.O. devem estar distribuídos na plateia, de forma a possibilitar que a tela ou a boca de cena estejam dentro do cone visual formado pelo ângulo de 30°, traçado em planta a partir do centro dos olhos do observador, conforme as Figuras 141 e 142, pois muitas vezes a P.C.R. não tem rotação do pescoço. Deve ser preservada a passagem entre as fileiras, mesmo quando houver P.C.R. posicionada conforme 10.3.4.1.

Dimensões em metros

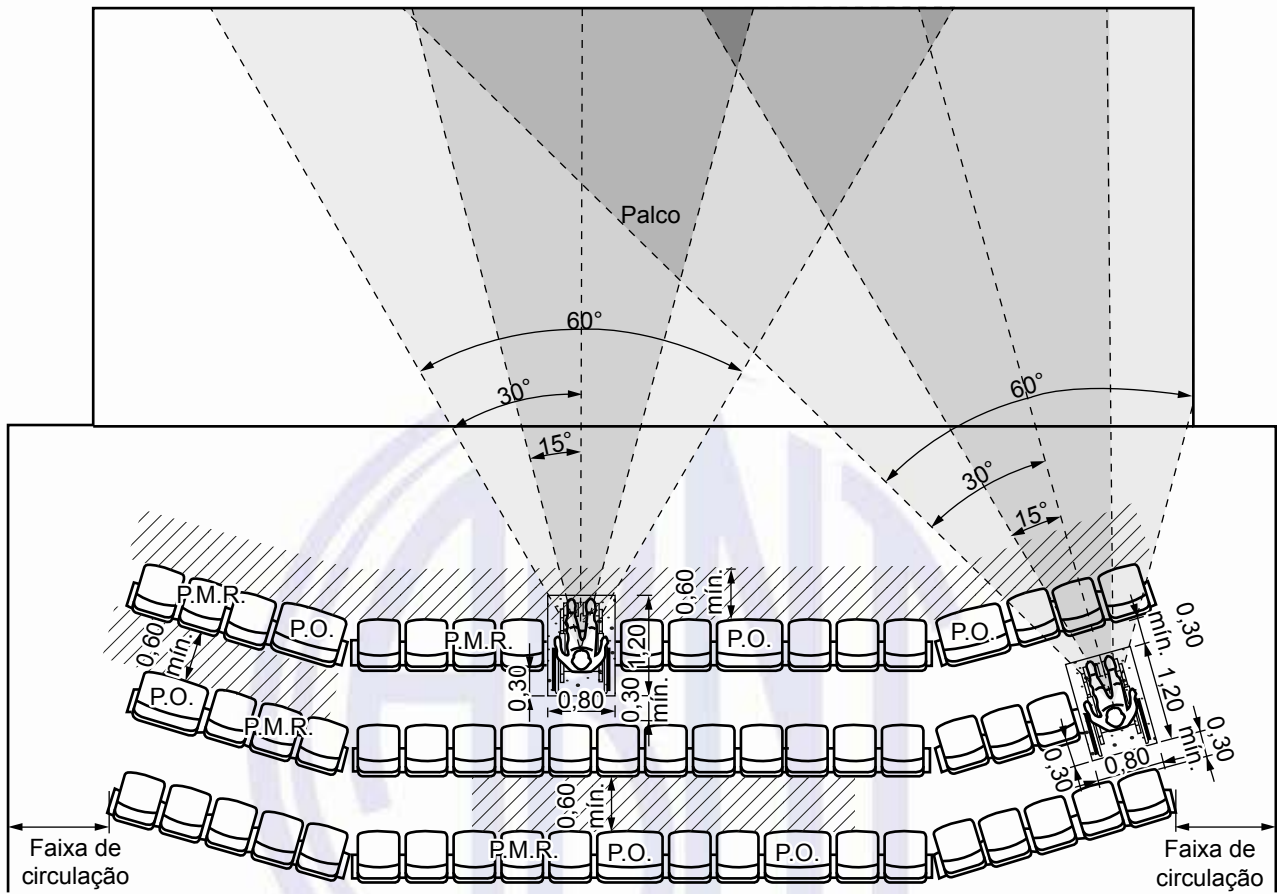


Figura 141 – Posicionamento, dimensão e cone visual para espaços reservados para P.C.R. e assentos para P.M.R. e P.O. – Planta – Exemplo

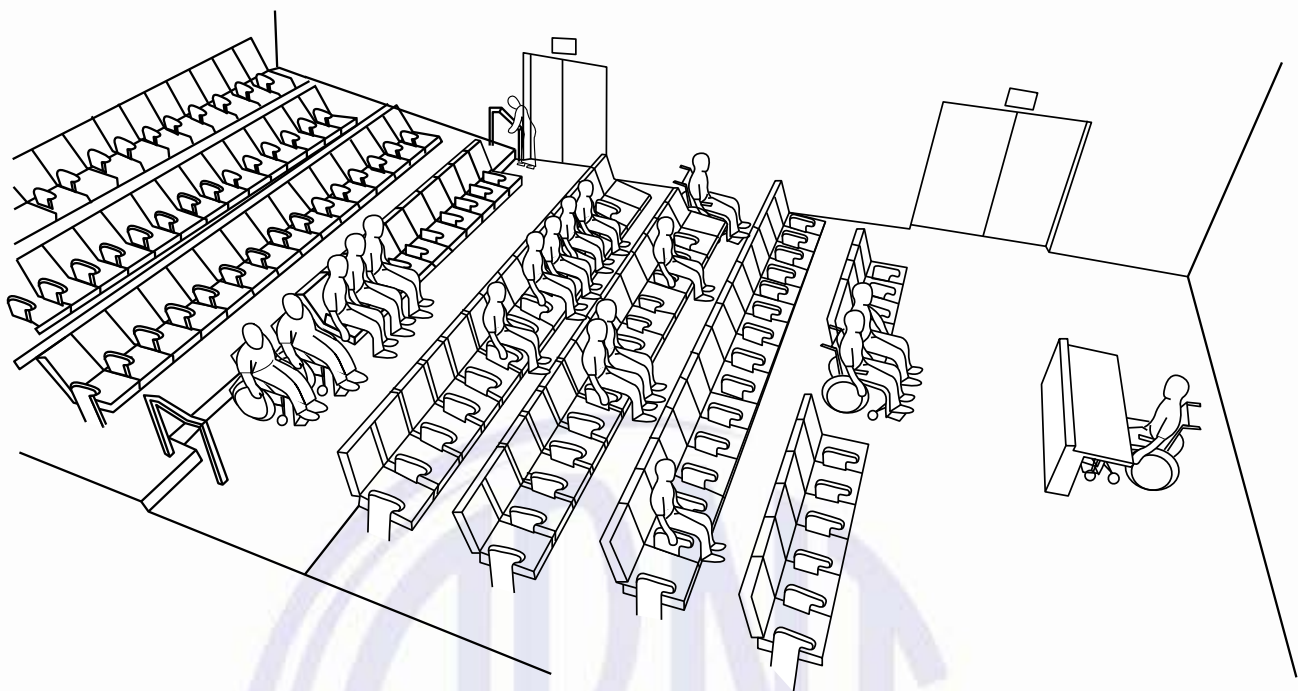


Figura 142 – Auditório – Perspectiva

10.3.3 Posicionamento dos espaços e assentos em edifícios existentes

Espaços para P.C.R. e os assentos para P.M.R. podem ser agrupados, quando for impraticável a sua distribuição por todo o recinto. Sempre que possível, os espaços devem ser projetados de forma a permitir a acomodação de P.C.R. ou P.M.R. com no mínimo um assento companheiro.

10.3.4 Dimensões dos espaços para P.C.R. e assentos para P.M.R. e P.O.

10.3.4.1 O espaço para P.C.R. deve possuir as dimensões mínimas de 0,80 m por 1,20 m e estar deslocado 0,30 m em relação ao encosto da cadeira ao lado, para que a pessoa em cadeira de rodas e seus acompanhantes fiquem na mesma direção. Deve ainda ser garantida uma faixa livre de no mínimo 0,30 m entre o M.R. e a fileira posterior, ou entre o M.R. e a fileira frontal, conforme demonstrado, respectivamente, pelas Figuras 143 e 144. Quando o espaço para P.C.R. estiver localizado em fileira intermediária, a faixa livre de 0,30 m deve ser garantida em relação às fileiras frontal e posterior ao módulo, conforme a Figura 145. O espaço para P.C.R. deve ser sinalizado conforme 5.5.2.2.

Dimensões em metros

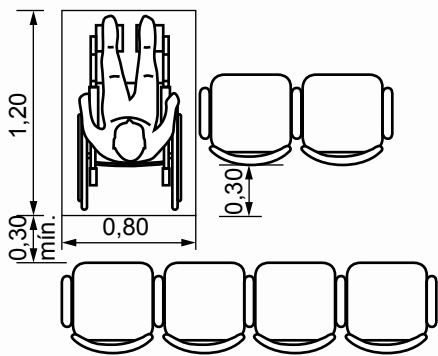


Figura 143 – Espaços para P.C.R na primeira fileira – Vista superior

Dimensões em metros

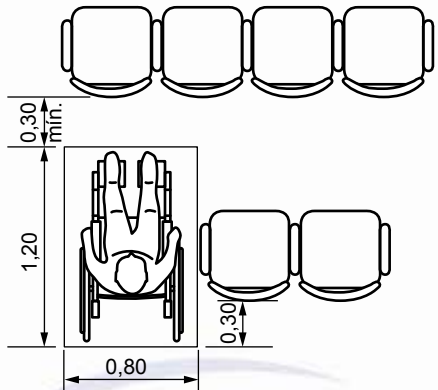


Figura 144 – Espaços para P.C.R na última fileira – Vista superior

Dimensões em metros

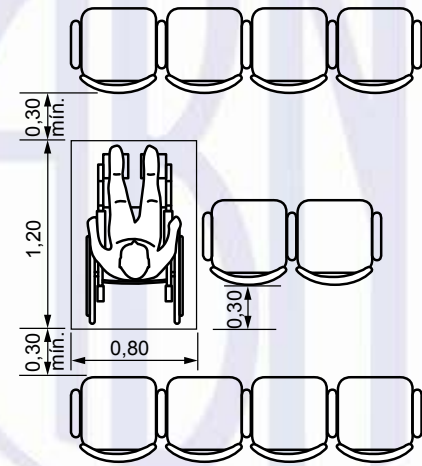


Figura 145 – Espaços para P.C.R em fileira intermediária – Vista superior

10.3.4.2 Os assentos para P.M.R. devem possuir um espaço livre frontal de no mínimo 0,60 m, conforme a Figura 146.

10.3.4.3 Quando forem previstas superfícies para leitura ou escrita, associadas aos assentos, devem ser disponibilizadas superfícies acessíveis, respeitando o quantitativo de espaços reservados à P.C.R.

10.3.4.4 O assento para P.O. deve atender ao descrito em 4.7 e na Figura 146.

Dimensões em metros

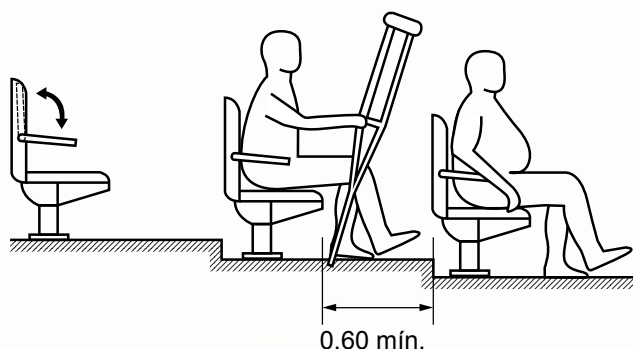


Figura 146 – Assentos para P.M.R. e P.O. – Vista lateral

10.3.5 Espaço para cão-guia

Deve ser previsto um espaço para cão-guia junto de um assento preferencial, com dimensões de 0,70 m de comprimento, 0,40 m de profundidade e 0,30 m de altura.

10.4 Plateia, palco e bastidores – Circulação

10.4.1 Os corredores de circulação da plateia devem ser livres de obstáculos. Quando apresentarem rampa ou degrau, deve ser instalado pelo menos um corrimão, conforme 4.6.5, na altura de 0,70 m, instalado de um só lado ou no meio da circulação. Admite-se que os corredores de circulação que compõem as rotas acessíveis aos lugares da plateia possuam inclinação máxima de rampa de até 12 %.

10.4.2 Uma rota acessível deve interligar os espaços para P.C.R. ao palco e aos bastidores.

10.4.2.1 A rota acessível deve incluir sinalização luminosa próxima ao piso ou no piso das áreas de circulação da plateia e dos bastidores.

10.4.2.2 Para localização do assento, deve haver sinalização em Braille, letra ampliada e relevo da fileira e do número.

10.4.3 Quando houver desnível entre o palco e a plateia, este pode ser vencido através de rampa com as seguintes características:

- a) largura de no mínimo 0,90 m;
- b) inclinação máxima de 1:6 (16,66 %) para vencer uma altura máxima de 0,60 m;
- c) inclinação máxima de 1:10 (10 %) para vencer alturas superiores a 0,60 m;
- d) ter guia de balizamento, não sendo necessária a instalação de guarda-corpo e corrimão.

10.4.4 Esta rampa pode ser substituída por um equipamento eletromecânico, conforme 6.10. Sempre que possível, rampa ou equipamento eletromecânico de acesso ao palco devem se situar em local de acesso imediato, porém discreto e fora do campo visual da plateia.

10.4.5 O local no palco destinado ao intérprete de Libras deve atender ao descrito em 5.2.8.1.6.

10.5 Sistemas auxiliares de comunicação

Para assegurar a acessibilidade ao público, é necessário atender à ABNT NBR 15599 e ao descrito em 10.5.1 a 10.5.3.

10.5.1 Deve ser assegurado sistema de comunicação para as pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida, em especial para as com perda visual e auditiva. Recomenda-se recurso sem fio.

10.5.2 O sistema de comunicação deve ser composto por transmissores e receptores FM. Cada transmissor FM deve atender a uma área mínima de 200 m². Os receptores devem possuir compatibilidade com os diferentes modelos de aparelhos auditivos e implantes cocleares. Admitem-se outras tecnologias equivalentes ou superiores.

10.5.3 Deve-se dispor de sistema de comunicação ou serviços de apoio para as pessoas com deficiência auditiva. Pode ser por meio de recursos eletrônicos que permitam o acompanhamento de legendas em tempo real ou por intérprete de Libras, com a projeção em tela da imagem sempre que a distância não permitir sua visualização direta.

10.6 Camarins

Pelo menos um camarim para cada sexo deve ser acessível. Quando existir somente um camarim de uso unissex, este deve ser acessível e o seu sanitário deve atender ao descrito na Seção 7. Havendo instalações para banho, deve ser prevista também uma superfície para troca de roupas na posição deitada, conforme a Figura 131.

10.7 Locais de exposições

10.7.1 Todos os elementos expostos para visitação pública devem estar em locais acessíveis.

10.7.2 Os elementos expostos, títulos e textos explicativos, documentos ou similares devem atender ao descrito na Seção 5.

10.7.3 Os títulos, textos explicativos ou similares às informações citadas devem estar em Braille ou ser transmitidos de forma sonora.

10.8 Restaurantes, refeitórios, bares e similares

10.8.1 Os restaurantes, refeitórios e bares devem possuir pelo menos 5 % do total de mesas, com no mínimo uma, acessíveis à P.C.R. Estas mesas devem ser interligadas a uma rota acessível e atender ao descrito em 9.3.2. A rota acessível deve incluir o acesso ao sanitário acessível.

10.8.2 As mesas devem ser distribuídas de forma a estar integradas às demais e em locais onde sejam oferecidos todos os serviços e comodidades disponíveis no estabelecimento.

10.8.2.1 Nos locais em que as refeições sejam feitas em balcões, estes devem atender ao descrito em 9.3.3.

10.8.2.2 Nos locais em que sejam previstos balcões de autosserviço, deve-se atender ao descrito em 9.4.3.

10.8.2.3 Quando o local possuir cardápio, ao menos um exemplar deve estar em Braille e em texto com caracteres ampliados.

10.9 Locais de hospedagem

10.9.1 Em hotéis, motéis, pousadas e similares, os auditórios, salas de convenções, salas de ginástica, piscinas, entre outros, devem ser acessíveis.

10.9.2 Os dormitórios acessíveis com banheiros (ver Figura 147) não podem estar isolados dos demais, mas distribuídos em toda a edificação, por todos os níveis de serviços e localizados em rota acessível. O percentual de dormitórios acessíveis é determinado em legislação específica (ver [1] da Bibliografia).

10.9.3 As dimensões do mobiliário dos dormitórios acessíveis devem atender às condições de alcance manual e visual previstos na Seção 4. O mobiliário deve ser disposto de forma a não obstruir uma faixa livre mínima de circulação interna de 0,90 m de largura, prevendo área de manobras para o acesso ao banheiro, camas e armários. Deve haver pelo menos uma área, com diâmetro de no mínimo 1,50 m, que possibilite um giro de 360°, conforme a Figura 147. A altura das camas deve ser de 0,46 m.

Dimensões em metros

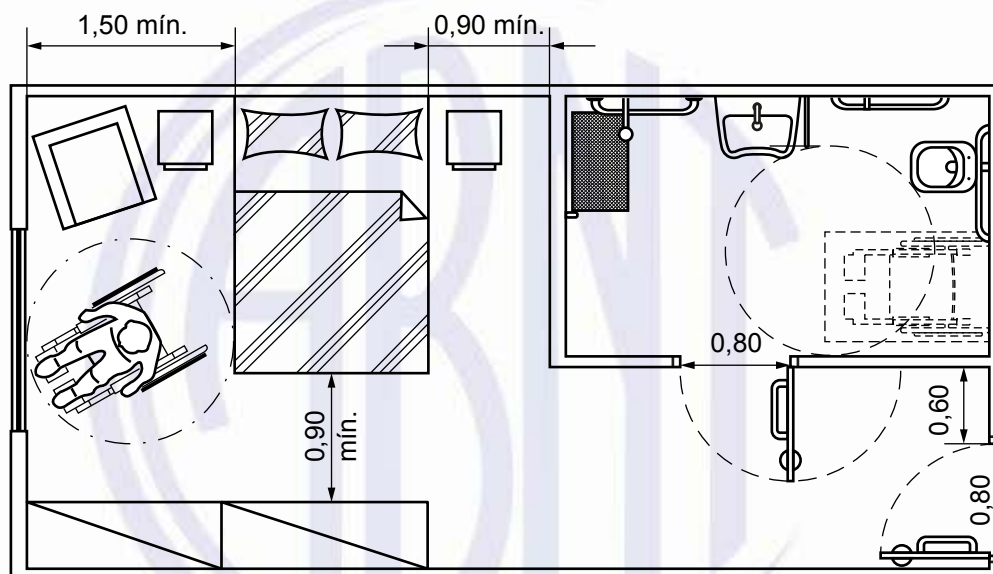


Figura 147 – Dormitório acessível – Área de circulação mínima – Exemplo – Vista superior

10.9.4 Quando forem previstos telefones, interfones ou similares, estes devem ser providos de sinal luminoso e controle de volume de som, conforme definido na Seção 5. As informações sobre a utilização destes equipamentos referentes à comunicação do hóspede com os demais serviços do local de hospedagem devem ser impressas em Braille, em texto com letras ampliadas e em cores contrastantes para as pessoas com deficiência visual e baixa visão, bem como devem estar disponíveis aos hóspedes.

10.9.5 Os dispositivos de sinalização e alarme de emergência devem alertar as pessoas com deficiência visual e as pessoas com deficiência auditiva, conforme 5.6.

10.9.6 O sanitário deve possuir dispositivo de chamada para casos de emergências, conforme 5.6.4.1.

10.9.7 Quando nas unidades acessíveis forem previstas cozinhas ou similares, deve ser garantida a condição de circulação, aproximação e alcance dos utensílios, conforme a Seção 4. As pias devem possuir altura de no máximo 0,85 m, com altura livre inferior de no mínimo 0,73 m, conforme a Figura 148.

Dimensões em metros

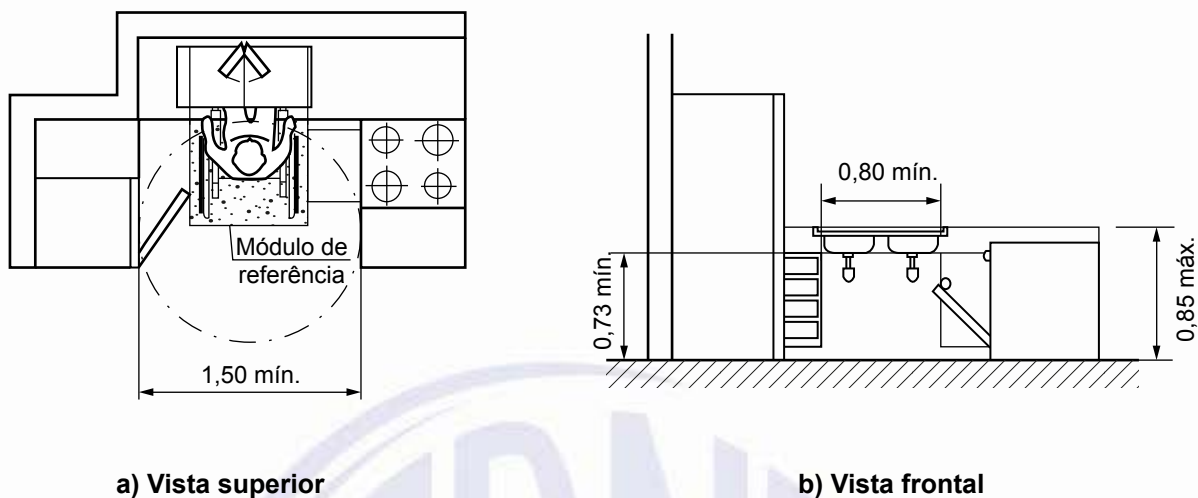


Figura 148 – Cozinha – Área de aproximação e medidas para uso

10.10 Serviços de saúde

10.10.1 Nos locais de serviços de saúde que comportem internações de pacientes, pelo menos 10 %, com no mínimo um dos banheiros em apartamentos, devem ser acessíveis. Recomenda-se, além disso, que pelo menos outros 10 % sejam adaptáveis.

10.10.2 Os ambulatorios, postos de saúde, prontos-socorros, laboratórios de análises clínicas, centros de diagnósticos, entre outros, devem ter pelo menos 10 % de sanitários acessíveis, conforme a Seção 7. Nos pavimentos onde houver sanitários, deve ser garantido no mínimo um sanitário acessível. Pelo menos uma das salas, para cada tipo de serviço prestado, deve ser acessível e estar em rota acessível.

10.10.3 Nos locais mencionados em 10.10.2, quando houver local para espera com assentos fixos, estes devem atender ao descrito em 8.9 e garantir 5 %, com no mínimo um, de assentos para P.O., conforme 4.7.

10.11 Locais de esporte, lazer e turismo

10.11.1 Todas as portas existentes na rota acessível, destinadas à circulação de praticantes de esportes que utilizem cadeiras de rodas do tipo “cambadas”, devem possuir vão livre de no mínimo 1,00 m, incluindo as portas dos sanitários e vestiários.

10.11.2 As arquibancadas devem atender ao descrito em 4.8 e em normas específicas.

10.11.3 Uma rota acessível deve interligar os espaços para P.C.R. e os assentos para P.M.R. e P.O. às áreas de apresentação, incluindo quadras, vestiários e sanitários.

10.11.4 As áreas para prática de esportes devem ser acessíveis, exceto os campos gramados, arenosos ou similares.

10.11.5 Os sanitários e vestiários acessíveis devem estar localizados tanto nas áreas de uso público quanto nas áreas para prática de esportes, conforme a Seção 7.

10.11.6 As cabinas acessíveis dos vestiários para praticantes de esportes devem atender à Seção 7.

10.12 Piscinas

10.12.1 O piso do entorno das piscinas deve atender às condições da ABNT NBR 10339:2018, A.3. As bordas, degraus de acesso à água, corrimãos e barras de apoio devem ter acabamento arredondado.

10.12.2 O meio de entrada e saída, ou os meios de acessibilidade, para os tanques de piscinas devem ser garantidos, de acordo com a Tabela 8.

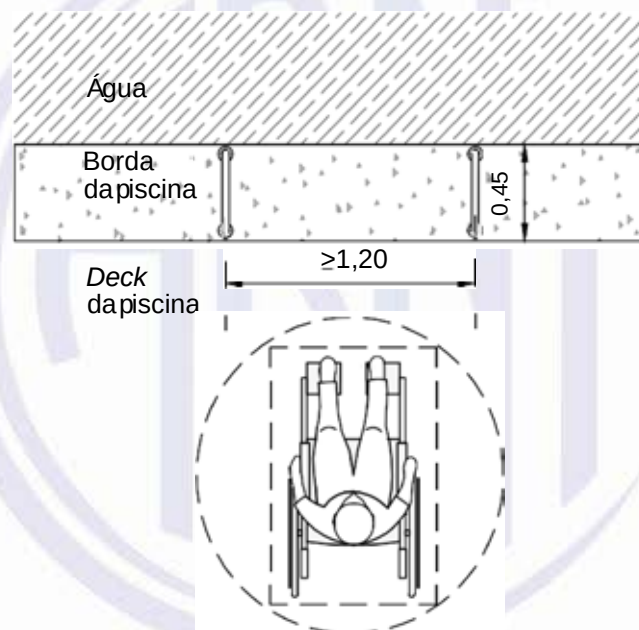
Tabela 8 – Meios de acessibilidade para tanques de piscinas

Meios de acessibilidade para tanques de piscinas					
Tipo de piscina	Opção	Rampa	Equipamento de acesso	Banco de transferência	Escada
1. Piscinas com tanque com perímetro de até 90 m	1.a	Obrigatório	Opcional	Opcional	Opcional
	1.b	Opcional	Obrigatório	Opcional	Opcional
Adequar conforme as opções 1.a ou 1.b					
2. Piscinas com tanque com perímetro maior que 90 m	2.a	Obrigatório	Obrigatório	Opcional	Opcional
	2.b	Obrigatório	Opcional	Obrigatório	Opcional
	2.c	Obrigatório	Opcional	Opcional	Obrigatório
	2.d	Opcional	Obrigatório	Obrigatório	Opcional
	2.e	Opcional	Obrigatório	Opcional	Obrigatório
Adequar conforme as opções 2.a a 2.e					
3. Piscinas com tanque de onda, de correnteza artificial e outras cujo acesso seja limitado a uma área	3.a	Obrigatório	Opcional	Opcional	Opcional
	3.b	Opcional	Obrigatório	Opcional	Opcional
Adequar conforme as opções 3.a ou 3.b					
4. Piscinas com tanques tipo <i>spas</i> , ofurôs e similares	4.a	Opcional	Obrigatório	Opcional	Opcional
	4.b	Opcional	Opcional	Obrigatório	Opcional
Adequar conforme as opções 4.a ou 4.b					
NOTA Piscinas com tanque com altura de até 0,50 m na maior profundidade estão dispensadas das exigências mencionadas nos itens acima.					

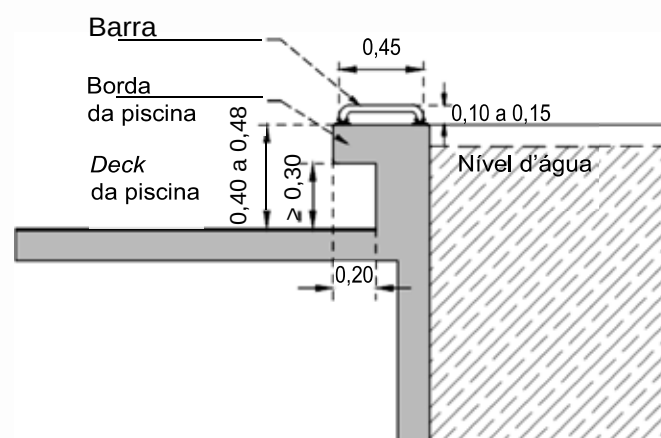
10.12.2.1 Quando o acesso à água for feito por banco de transferência, este deve atender à Figura 149 e aos requisitos a seguir:

- a) ter altura entre 0,40 m e 0,48 m;
- b) ter extensão de no mínimo 1,20 m, profundidade de 0,45 m e reentrância de 0,20 m;
- c) ter barras para facilitar a transferência para a piscina, com distância entre elas de 1,00 m a 1,10 m;
- d) garantir área para aproximação e manobra de 360°, sendo que a área para transferência junto ao banco não pode interferir com a área de circulação;
- e) garantir o nível da água no máximo a 0,10 m abaixo do nível do assento do banco.

Dimensões em metros



a) Vista superior



b) Corte

Figura 149 – Banco de transferência em piscinas

10.12.2.2 Quando o acesso à água for feito por escada, sua largura deve ser de 0,80 m a 1,00 m, e os degraus submersos devem ter o piso variando de 0,35 m a 0,46 m e espelho de no máximo 0,20 m, além da instalação dos corrimãos nos dois lados e em três alturas, conforme a Figura 150. As características do corrimão devem atender ao descrito em 4.6.5.

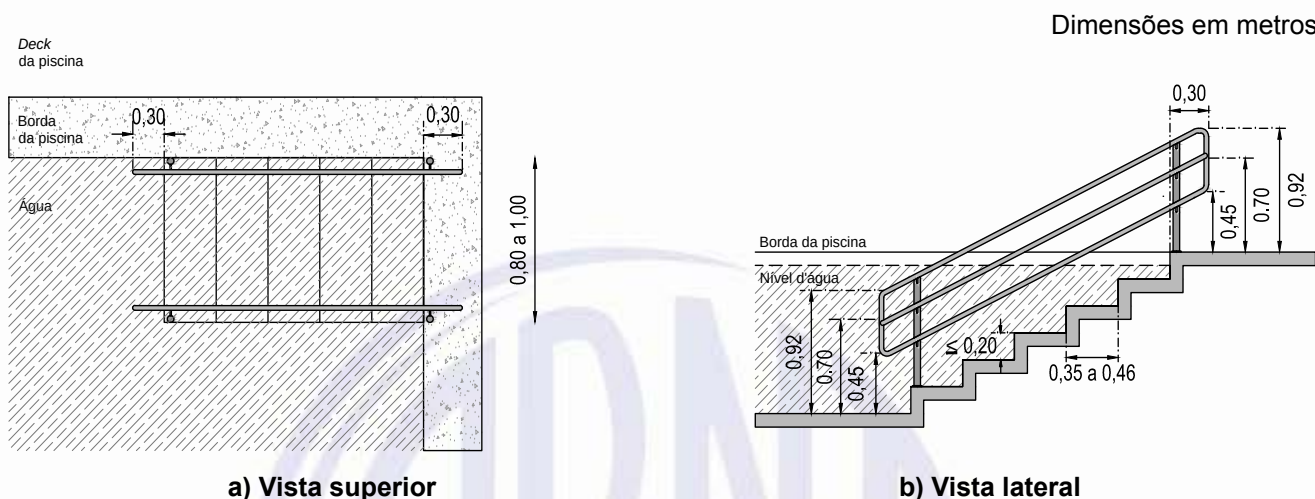


Figura 150 – Escada submersa

10.12.2.3 Quando o acesso for por rampa, a inclinação pode ser de no máximo 8,33 % e o piso deve atender às especificações desta Norma. A rampa deve ter corrimão nos dois lados, a 0,70 m do piso.

10.12.2.4 Quando for instalado equipamento de transferência, devem ser garantidas as áreas de aproximação e transferência conforme a Figura 151.

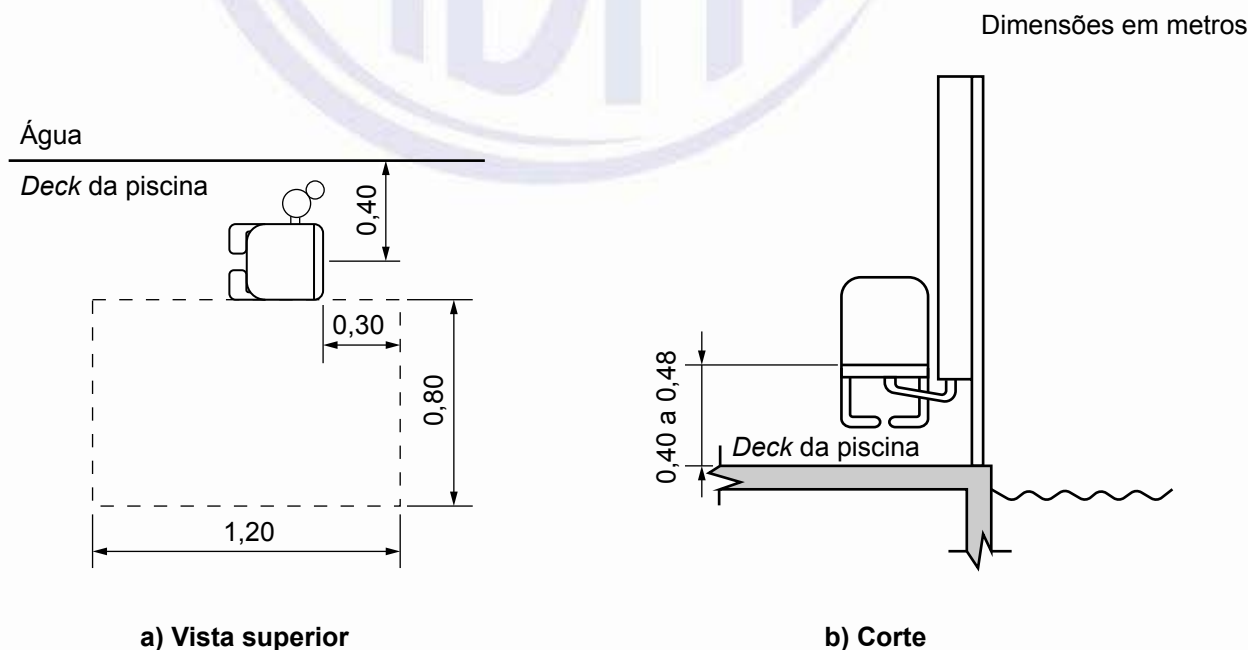


Figura 151 – Equipamento de transferência para a piscina

10.12.3 Nas piscinas, onde houver ducha, no mínimo uma deve garantir o acesso à pessoa em cadeira de rodas.

10.12.4 Recomenda-se a instalação de barras de apoio nas bordas internas das piscinas, na altura do nível da água, em locais que não interfiram com o acesso à água, conforme 4.6.5.

10.12.5 Estas condições não se aplicam às piscinas para competição.

10.13 Parques, praças e locais turísticos

10.13.1 Parques, praças e locais turísticos que possuam pavimentação, mobiliário ou equipamentos edificados ou montados devem ser dotados de rotas acessíveis.

10.13.2 Nos locais onde as características ambientais sejam legalmente preservadas, deve-se buscar o máximo grau de acessibilidade com a mínima intervenção no meio ambiente.

10.13.3 O piso das rotas acessíveis deve atender às especificações contidas em 6.3.

10.13.4 Pelo menos 5 %, com no mínimo uma, do total das mesas destinadas a jogos ou refeições devem atender ao descrito em 9.3. Recomenda-se, além disso, que pelo menos outros 10 % sejam adaptáveis para acessibilidade.

10.13.5 Quando se tratar de áreas tombadas, deve-se atender ao descrito em 10.1 e 10.2.

10.14 Praias

10.14.1 Para vencer o desnível entre o passeio e a areia, deve ser instalada rampa com largura mínima de 0,90 m e declividade, corrimãos e demais parâmetros definidos na Seção 6. Para proteção contra quedas, deve ser observado o descrito em 4.3.7.

10.14.2 Para o trajeto até o mar, deve ser garantida uma faixa livre de obstáculos, com no mínimo 0,90 m de largura.

10.14.3 Os trajetos à praia demarcados como acessíveis devem estar sinalizados com o símbolo internacional de acesso, conforme 5.3.2, e devem relacionar os serviços de apoio disponíveis.

10.14.4 Recomenda-se que, junto a cada área de acesso adaptado à praia, exista um sanitário unissex acessível, atendendo às especificações constantes na Seção 7.

10.15 Escolas

10.15.1 A entrada de alunos deve estar, preferencialmente, localizada na via de menor fluxo de tráfego de veículos.

10.15.2 Deve existir pelo menos uma rota acessível interligando o acesso de alunos às áreas administrativas, de prática esportiva, de recreação, de alimentação, salas de aula, laboratórios, bibliotecas, centros de leitura e demais ambientes pedagógicos. Todos estes ambientes devem ser acessíveis.

10.15.3 Em complexos educacionais e *campi* universitários, quando existirem equipamentos complementares, como piscinas, livrarias, centros acadêmicos, locais de culto, locais de exposições, praças, locais de hospedagem, ambulatórios, bancos e outros, estes devem ser acessíveis.

10.15.4 O número mínimo de sanitários acessíveis deve atender à Tabela 7.

10.15.5 Recomenda-se que elementos do mobiliário interno sejam acessíveis, garantindo-se as áreas de aproximação e manobra e as faixas de alcance manual, visual e auditivo, conforme as especificações das Seções 4, 5, 8 e 9.

10.15.6 Quando forem utilizadas cadeiras do tipo universitário (com prancheta acoplada), devem ser disponibilizadas mesas acessíveis à P.C.R na proporção de pelo menos 1 %, para cada caso, do total de cadeiras, com no mínimo uma para cada duas salas, conforme 9.3.1.

10.15.7 As lousas devem ser acessíveis e instaladas a uma altura inferior máxima de 0,90 m do piso. Deve ser garantida a área de aproximação lateral e manobra da cadeira de rodas, conforme a Seção 4.

10.15.8 Todos os elementos do mobiliário da edificação, como bebedouros, guichês e balcões de atendimento, bancos de alvenaria, entre outros, devem ser acessíveis e atender ao disposto nas Seções 8 e 9.

10.15.9 Nas salas de aula das escolas, cursinhos, complexos educacionais e *campi* universitários, recomenda-se atender ao descrito em 10.5.1 a 10.5.3.

10.16 Bibliotecas e centros de leitura

10.16.1 Nas bibliotecas e centros de leitura, todo o mobiliário deve atender à Seção 9. A Figura 152 apresenta um exemplo de terminal de consulta acessível.

10.16.2 Pelo menos 5 %, com no mínimo uma das mesas, devem ser acessíveis, conforme a Seção 9. Recomenda-se, além disso, que pelo menos outros 10 % sejam adaptáveis para acessibilidade.

10.16.3 A largura livre nos corredores entre estantes de livros deve ser de no mínimo 0,90 m de largura, conforme a Figura 153. Nos corredores entre as estantes, a cada 15 m, deve haver um espaço que permita a manobra da cadeira de rodas. Recomenda-se atender às necessidades de espaço para circulação e manobra, conforme 4.3.

Dimensões em metros

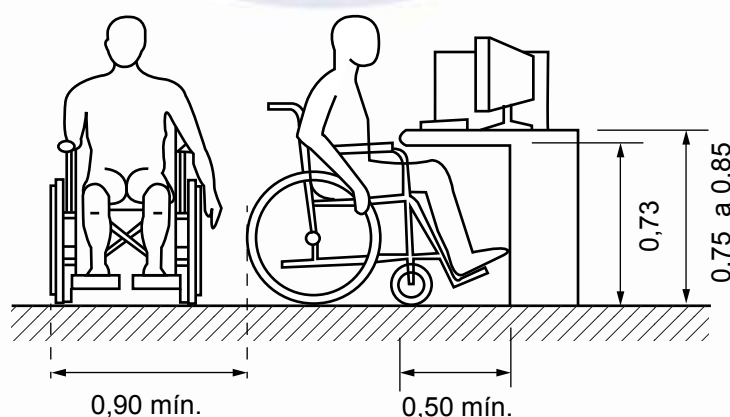


Figura 152 – Terminais de consulta – Exemplo – Vista lateral

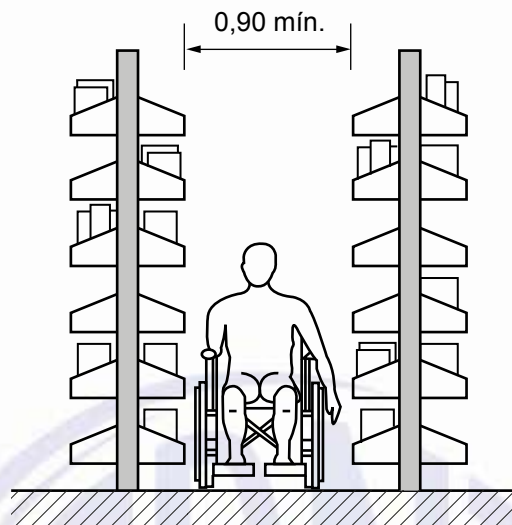


Figura 153 – Estantes em bibliotecas – Exemplo – Vista frontal

10.16.4 A altura dos fichários deve atender às faixas de alcance manual e aos parâmetros visuais, conforme a Seção 4.

10.16.5 As bibliotecas devem garantir recursos audiovisuais, publicações em texto digital acessível e serviço de apoio, conforme definido em legislação específica (ver [3] e [7] da Bibliografia). Recomenda-se que possuam também publicações em Braille.

10.16.6 Pelo menos 5 % do total de terminais de consulta por meio de computadores e acesso à *internet* devem ser acessíveis à P.C.R. e P.M.R. Recomenda-se, além disso, que pelo menos outros 10 % sejam adaptáveis para acessibilidade.

10.17 Locais de comércio

Todos os locais de comércio devem garantir pelo menos uma entrada acessível, além de atender às legislações específicas sobre acessibilidade (ver [3] e [7] da Bibliografia).

10.17.1 A largura livre nos corredores de compras deve ser de no mínimo 0,90 m de largura e, a cada 10 m, deve haver um espaço para manobra da cadeira de rodas. Recomenda-se a rotação de 180°, conforme a Seção 4.

10.17.2 Quando existirem vestiários ou provadores para o uso do público, pelo menos um deve ser acessível, prevendo uma entrada com vão livre de no mínimo 0,80 m de largura e dimensões mínimas internas de 1,20 m por 1,20 m, livre de obstáculo. Quando houver porta de eixo vertical, deve atender ao descrito em 6.11.2.6 e 6.11.2.7, e, no caso de porta de correr, deve atender ao descrito em 6.11.2.4 e 6.11.2.11.

10.17.3 Pelo menos 5 % das caixas de pagamento, com no mínimo uma do total de local de caixas, devem atender às condições de 9.2.2.

10.18 Estabelecimento bancário

10.18.1 Quando da existência de áreas de bloqueio ou dispositivos de segurança para acesso, deve ser prevista outra entrada vinculada a uma rota acessível.

10.18.2 Os balcões e os equipamentos de autoatendimento devem atender ao descrito em 9.2.1 e 9.4.2.

10.19 Atendimento ao público

10.19.1 Nos locais em que o atendimento ao público for realizado em balcões ou bilheterias, estes devem ser acessíveis, conforme 9.2.

10.19.2 Nos locais em que o atendimento ao público for realizado em mesas, pelo menos 5 % do total de mesas, com no mínimo uma, devem ser acessíveis. Recomenda-se, além disso, que pelo menos outros 10 % sejam adaptáveis.

10.19.3 Quando houver local de espera com assentos, estes devem:

- a) atender ao descrito em 8.9;
- b) garantir 5 % de assentos para P.O, com no mínimo um (ver 4.7);
- c) garantir 5 % de espaços para P.C.R., com no mínimo um, e ser sinalizados conforme 5.5.2.2.

10.19.4 Quando houver bilheterias, deve-se atender ao descrito em 9.2.3.

10.20 Delegacias e penitenciárias

10.20.1 O acesso, a circulação e a utilização dos elementos e espaços permitidos ao público em geral nas delegacias, penitenciárias ou locais similares devem ser acessíveis, desde que sem comprometer a segurança.

10.20.2 Na área de atendimento ao público, deve ser garantido o acesso a no mínimo um sanitário acessível para cada sexo. No caso de reformas, é admitido apenas um, com acesso independente.

10.20.3 No mínimo uma cela dotada de instalações sanitárias deve ser acessível e estar em rota acessível.

10.20.4 Quando houver refeitório, este deve ser acessível, conforme 10.8.

10.20.5 Pelo menos 5 % dos parlatórios, com no mínimo um, devem ser acessíveis tanto para os detentos quanto para os visitantes, conforme 9.2. Recomenda-se, além disso, que pelo menos outros 10 % sejam adaptáveis.

Anexo A (informativo)

Desenho universal e seus princípios

O conceito de desenho universal está definido conforme legislação vigente (ver [1] e [7] na Bibliografia) e pelas normas técnicas. Este conceito propõe uma arquitetura e um *design* mais centrados no ser humano e na sua diversidade. Estabelece critérios para que edificações, ambientes internos, urbanos e produtos atendam a um maior número de usuários, independentemente de suas características físicas, habilidades e faixa etária, favorecendo a biodiversidade humana e proporcionando uma melhor ergonomia para todos. Para tanto, foram definidos sete princípios do desenho universal, apresentados a seguir, que passaram a ser mundialmente adotados em planejamentos e obras de acessibilidade:

- 1) **uso equitativo:** é a característica do ambiente ou elemento espacial que faz com que ele possa ser usado por diversas pessoas, independentemente de idade ou habilidade. Para ter o uso equitativo, deve-se: propiciar o mesmo significado de uso para todos; eliminar uma possível segregação e estigmatização; promover o uso com privacidade, segurança e conforto, sem deixar de ser um ambiente atraente ao usuário;
- 2) **uso flexível:** é a característica que faz com que o ambiente ou elemento espacial atenda a uma grande parte das preferências e habilidades das pessoas. Para tal, devem-se oferecer diferentes maneiras de uso, possibilitar o uso para destros e canhotos, facilitar a precisão e destreza do usuário e possibilitar o uso a pessoas com diferentes tempos de reação a estímulos;
- 3) **uso simples e intuitivo:** é a característica do ambiente ou elemento espacial que possibilita que o seu uso seja de fácil compreensão, dispensando, para tal, experiência, conhecimento, habilidades linguísticas ou grande nível de concentração por parte das pessoas;
- 4) **informação de fácil percepção:** essa característica do ambiente ou elemento espacial faz com que seja redundante e legível quanto a apresentações de informações vitais. Essas informações devem se apresentar em diferentes modos (visuais, verbais, táteis), fazendo com que a legibilidade da informação seja maximizada, sendo percebida por pessoas com diferentes habilidades (cegos, surdos, analfabetos, entre outros);
- 5) **tolerância ao erro:** é uma característica que possibilita que se minimizem os riscos e as consequências adversas de ações acidentais ou não intencionais na utilização do ambiente ou elemento espacial. Para tal, devem-se agrupar os elementos que apresentam risco, isolando-os ou eliminando-os, empregar avisos de risco ou erro, fornecer opções para minimizar as falhas e evitar ações inconscientes em tarefas que requeiram vigilância;
- 6) **baixo esforço físico:** nesse princípio, o ambiente ou elemento espacial deve oferecer condições de ser usado de maneira eficiente e confortável, com o mínimo de fadiga muscular do usuário. Para alcançar esse princípio, deve-se: possibilitar que os usuários mantenham o corpo em posição neutra, usar força de operação razoável, minimizar ações repetidas e minimizar a sustentação do esforço físico;

- 7) **dimensão e espaço para aproximação e uso:** essa característica diz que o ambiente ou elemento espacial deve ter dimensão e espaço apropriados para aproximação, alcance, manipulação e uso, independentemente de tamanho de corpo, postura e mobilidade do usuário. Desta forma, deve-se: implantar sinalização em elementos importantes e tornar confortavelmente alcançáveis todos os componentes para os usuários sentados ou em pé, acomodar variações de mãos e empunhadura e, por último, implantar espaços adequados para uso de tecnologias assistivas ou assistentes pessoais.



Anexo B (informativo)

Fatores relevantes de projeto

B.1 Informação

A informação deve ser clara e precisa para ser facilmente entendida e não ambígua. Excesso de informação dificulta a sua memorização. Informações conflitantes podem contribuir para o estresse dos usuários e dificultar a compreensão. Por esse motivo, a consistência da informação é tão importante.

A informação deve ser fornecida no momento em que for necessária. Informações adequadas significam também que devem estar atualizadas e que deficiências na informação diminuem a confiança dos usuários no sistema informativo.

Para enfatizar as facilidades e características de projeto, é importante considerar:

- para distinguir as bordas de superfícies grandes, como pisos de andares, portas e tetos, diferenças de LRV apropriadas devem ser utilizadas. O LRV das cores das paredes deve ser diferente do utilizado nos pisos e nos tetos;
- para fornecer uma impressão precisa da dimensão do espaço, o LRV de rodapés largos (barras de pintura) deve ser o mesmo do LRV das paredes (menos importante para rodapés de contorno até 125 mm);
- reflexos de superfícies brilhantes confundem pessoas com baixa visão, e o uso desses tipos de acabamentos em grandes áreas deve ser evitado. Reflexos podem adicionalmente afetar a habilidade de pessoas que têm baixa audição e que se comunicam por leitura labial;
- contraste visual adequado deve ser utilizado para identificar perigos em potencial. Se os batentes em volta das portas tiverem contraste visual com as paredes, a oportunidade de identificar a presença da porta está disponível mesmo quando a porta estiver aberta;
- para enfatizar a presença de uma porta, diversas medidas são recomendadas. Preferencialmente, a porta e os seus batentes devem contrastar com as paredes do entorno. Se a porta e a parede tiverem LRV similares e apenas os batentes fornecerem o contraste, ainda é possível identificar a presença da facilidade, mas é exigido mais tempo para identificar uma porta aberta. Se os batentes e as paredes tiverem LRV similares, apenas o LRV da porta fornece o contraste, e é muito difícil identificar a presença de uma porta quando ela está aberta, pois, quando a porta está fechada, é disponível o contraste visual suficiente. Nestes casos, recomenda-se a aplicação de demarcação do perímetro da porta, com largura mínima de 50 mm;
- a lista acima é apenas uma recomendação. Naturalmente há muitos outros fatores que afetam a seleção e utilização de cores nos ambientes, porém devem-se preservar as condições de contraste.

B.2 A importância do uso da sinalização tátil e visual no piso

Pessoas com deficiência visual podem se deparar com situações de perigo ou obstáculos. Durante os seus deslocamentos, essas pessoas utilizam informações táteis, bengalas de rastreamento ou a sola de seus sapatos. A sinalização tátil no piso é utilizada para auxiliar as pessoas com deficiência visual a trafegarem sozinhas. A sinalização deve ser consistente e ter um leiaute simples, lógico e de fácil decodificação, facilitando a movimentação de pessoas com deficiência visual em lugares familiares e o reconhecimento de espaços onde trafegam pela primeira vez.

A sinalização tátil e visual no piso deve assegurar a sua identificação por pessoas de baixa visão tanto quanto por pessoas cegas. Para esse propósito, os pisos devem ser facilmente detectáveis pela visão. Isto é conseguido pela aplicação de um mínimo de contraste de luminância (ΔLRV) entre os pisos e o pavimento adjacente.

B.3 Língua Brasileira de Sinais – Libras

Entende-se como Língua Brasileira de Sinais (Libras) a forma de comunicação e expressão em que o sistema linguístico de natureza visual-motora, com estrutura gramatical própria, constitui um sistema linguístico de transmissão de ideias e fatos, oriundos de pessoas com deficiência auditiva.

B.4 Localização da informação

A sinalização de identificação deve estar localizada junto às portas de entrada da edificação. Planos ou mapas acessíveis de orientação devem ser instalados, sempre que necessário, imediatamente após a entrada principal das edificações.

Sinalização adequada deve ser prevista ao longo do percurso, considerando os pontos de tomada de decisão.

B.5 Contraste visual

A luz é essencial para a percepção da cor. Pessoas com deficiência visual podem não ser capazes de identificar as cores, mas podem perceber tons claros e escuros, uma vez que esta característica é intrínseca das superfícies coloridas. O contraste visual entre superfícies adjacentes facilita a percepção e a legibilidade da informação desejada pelas pessoas com deficiência visual.

A aparência das superfícies pode ser influenciada pela natureza das condições de iluminação. Para eliminar tais diferenças, os medidores de LRV devem prover uma fonte de luz padronizada. Durante as medições, não pode ser permitida a influência de luzes advindas de outras fontes naturais ou artificiais. O LRV da cor utilizada em um elemento, produto ou acabamento pode ser obtido junto ao fabricante. É importante lembrar que o valor medido é dependente da iluminância (ou nível de iluminação), quando a medição é executada; entretanto, valores de LRV são apenas verdadeiramente aplicáveis em situações em que as mesmas condições de iluminação são disponíveis.

B.6 Determinação das diferenças de luminância – LRV

As medições de contraste visual com diferenças relativas de luminância (tonalidade) em superfícies adjacentes são importantes e devem ser determinadas. Diferenças de matiz (natureza da cor) ou croma (intensidade da cor) sozinhas não medem adequadamente o contraste visual.

Para determinar a diferença relativa de luminância, o LRV da superfície deve ser conhecido. Os fabricantes fornecem os LRV das cores e acabamentos.

Quando o LRV não for conhecido, a luminância relativa das superfícies pode ser medida sob as mesmas condições de iluminação nas duas superfícies, por aparelho específico.

B.7 Diferença entre valores de LRV

O ponto recomendado entre os valores de LRV entre duas superfícies está descrito na Tabela 2.

Ela é baseada na diferença de LRV de suas superfícies adjacentes ou entre um componente e sua base de fixação.

A escala de LRV começa em “zero”, definida como uma superfície de absorção perfeita de luz a qual pode-se assumir como totalmente preta, e “100” que se pode assumir como uma superfície de branco perfeito. Por causa das influências de ordem prática, “preto” é sempre maior que “zero” e o branco não chega a “100”.

B.8 Medidor de LRV

A distribuição espectral combinada da fonte de luz e do fotossensor deve coincidir com a distribuição espectral combinada do iluminante D65 com a curva de sensibilidade luminosa espectral $V(\lambda)$, padronizadas pela *International Electrotechnical Commission* (IEC).

O sistema de iluminação deve garantir a distribuição da intensidade luminosa sobre a área em avaliação, com variação de uniformidade não superior a 10 % da média de iluminação.

O ângulo de abertura da fonte de luz, determinado do centro da área de medição, não pode ser superior a um retângulo correspondendo a 10 min de arco por 20 min de arco. A abertura do retângulo é dada com o primeiro lado paralelo ao plano do observador.

A abertura do fotossensor, determinada do centro da área de medição, não pode ser maior que um quadrado com 20 min de arco por 20 min de arco.

A estabilidade da combinação da fonte de luz e do fotossensor deve garantir que as leituras não variem mais que 1 % entre as medições espaçadas em 10 s.

Deve possuir geometria óptica capaz de reproduzir as especificações geométricas do cone visual estabelecido em 4.8.

Deve ser portátil, com possibilidade de ser posicionado sobre vários tipos de material em diferentes localizações.

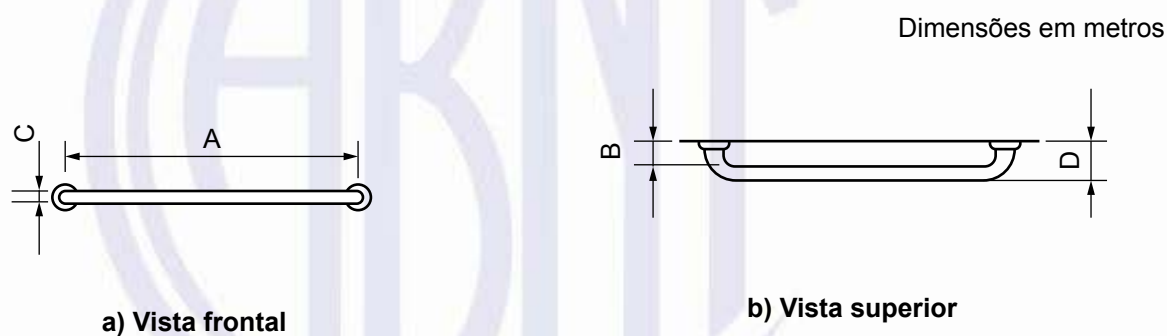
Deve ser construído de modo a mitigar as contaminações da iluminação ambiente na área de medição.

Anexo C (informativo)

Detalhamento de barras de apoio

As barras de apoio, quando instaladas, devem atender aos requisitos desta Norma e aos seguintes:

- a) a barra de apoio reta deve ser conforme a Figura C.1;
- b) a barra de apoio lateral deve ser conforme a Figura C.2;
- c) a barra de apoio lateral articulada para bacia sanitária deve ser conforme a Figura C.3;
- d) a barra de apoio lateral para lavatório deve ser conforme a Figura C.4;
- e) a barra de apoio a 90° deve ser conforme a Figura C.5.



Legenda

- A = 0,40 m a 0,80 m
 B = 0,04 m, no mínimo
 C = 0,03 m a 0,045 m
 D = 0,11 m, no máximo

Figura C.1 – Barra de apoio reta

Dimensões em metros



Legenda

A = conforme 7.7.2.2

B = 0,10 m, no mínimo

C = 0,03 m a 0,045 m

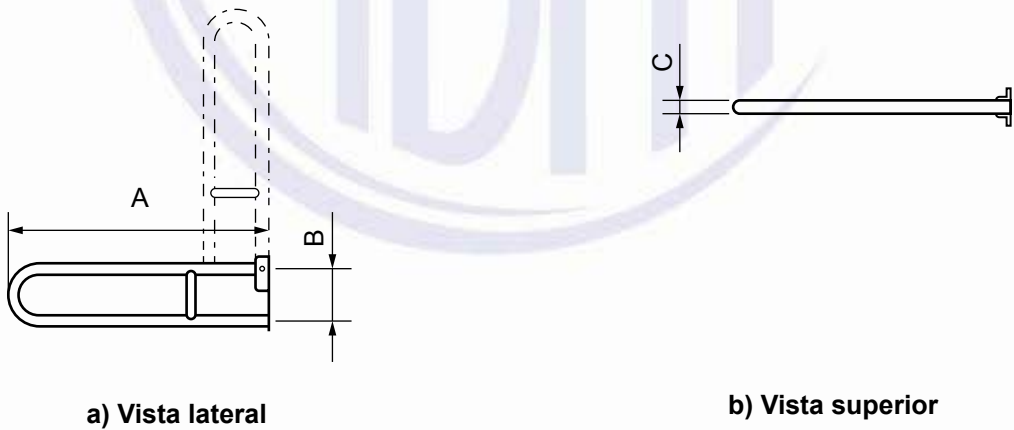
D = 0,30 m, no máximo

E = 0,10 m, no mínimo

NOTA A posição do suporte pode ser em versões direita e esquerda.

Figura C.2 – Barra de apoio lateral

Dimensões em metros



Legenda

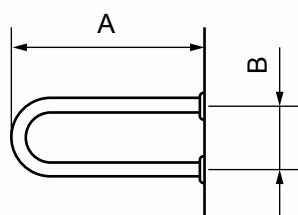
A = conforme 7.7.2.2

B = 0,10 m, no mínimo

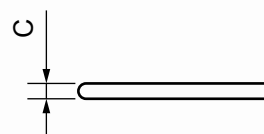
C = 0,03 m a 0,045 m

Figura C.3 – Barra de apoio lateral articulada para bacia sanitária

Dimensões em metros



a) Vista lateral



b) Vista superior

Legenda

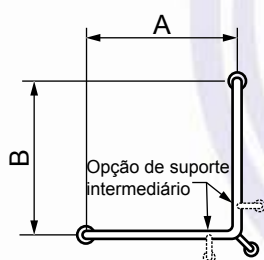
A = conforme 7.8.1

B = 0,10 m, no mínimo

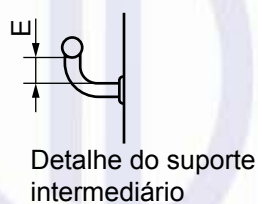
C = 0,03 m a 0,045 m

Figura C.4 – Barra de apoio lateral para lavatório

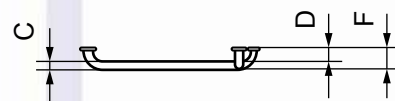
Dimensões em metros



a) Vista frontal



Detalhe do suporte intermediário



b) Vista superior

Legenda

A = 0,70 m, no mínimo

B = 0,70 m, no mínimo

C = 0,03 m a 0,045 m

D = 0,04 m, no mínimo

E = 0,04 m, no mínimo

F = 0,11 m, no máximo

Figura C.5 – Barra de apoio a 90°

Anexo D (informativo)

Sanitário para uso por pessoas ostomizadas

A *International Organization for Standardization* (ISO) tem discutido, no âmbito de sua Comissão de Acessibilidade (TC 59/SC 16), alternativas para atender às necessidades de higiene para pessoas ostomizadas, mas ainda não houve um consenso internacional para a respectiva normalização, em termos de leiaute, uso exclusivo ou não, medidas e tolerâncias, ou mesmo aprovação pelas autoridades sanitárias envolvidas em cada país. Uma solução que foi reportada para a ABNT pela Sociedade Brasileira de Ostomizados como tendo sido adotada em alguns casos no Brasil para esta finalidade é a ilustrada na Figura D.1.

Dimensões em metros

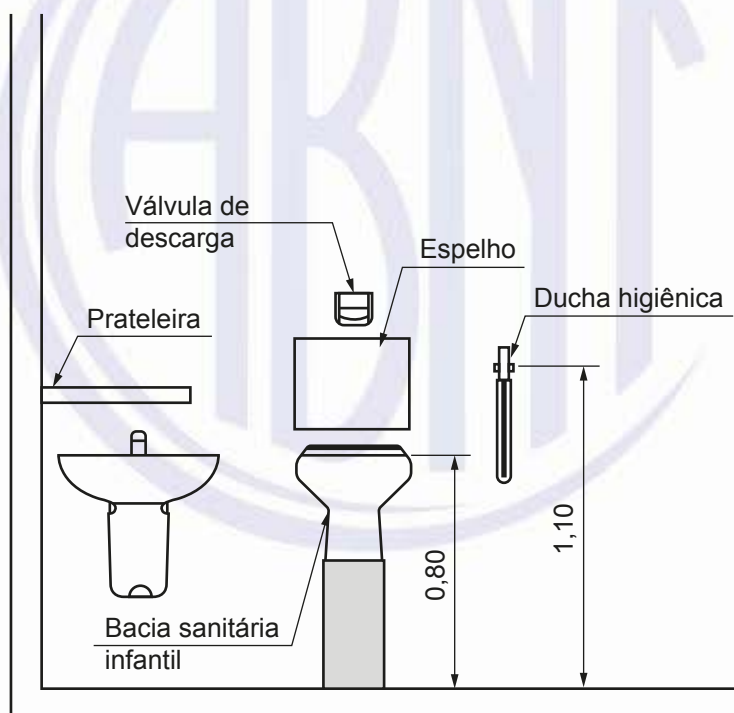


Figura D.1 – Sanitário para uso por pessoas ostomizadas – Vista frontal

Bibliografia

- [1] Lei Federal nº 13.146/15, Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência)
- [2] Decreto Federal nº 6949/09, Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência
- [3] Decreto Federal – nº 5296/04, Regulamenta as Leis nºs 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade
- [4] Lei Federal nº 10.741/03, Estatuto do Idoso
- [5] Lei Federal nº 10.436/02, Língua Brasileira de Sinais – Libras
- [6] Lei Federal 10.048/00, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica e dá outras providências
- [7] Lei Federal 10.098/00, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade
- [8] Lei Federal nº 9.503/97 – Código de Trânsito Brasileiro
- [9] Lei Federal nº 8842/94, Política Nacional do Idoso
- [10] Lei Federal nº 8.078/90, Código de defesa do consumidor
- [11] Instrução Técnica nº 11/2004 – Saídas de Emergência (Corpo de Bombeiros)
- [12] ADA - The Americans with Disabilities Act – Accessible Stadiums
- [13] Building construction – Accessibility and usability of the built environment. ISO/TC 59/SC 16. 2011
- [14] BSI British Standards – Design of buildings and their approaches to meet the needs of disabled people – Code of practice BS 8300:2009
- [15] Conheça as regras para arrumar a sua calçada. Prefeitura de São Paulo. 2005
- [16] Normas Técnicas sobre Acessibilidade: Decreto-Lei nº 123/97 Folhetos SNR nº 18
- [17] Resolução nº 738/18 do Contran
- [18] Resolução nº 303/08 do Contran
- [19] Resolução nº 236/07 do Contran
- [20] Resolução nº 304/08 do Contran
- [21] NR 26 – MT

RESOLUÇÃO Nº 357, DE 17 DE MARÇO DE 2005

Publicada no DOU nº 053, de 18/03/2005, págs. 58-63

- Alterada pela Resolução 410/2009 e pela 430/2011

Dispõe sobre a classificação dos corpos de água e diretrizes ambientais para o seu enquadramento, bem como estabelece as condições e padrões de lançamento de efluentes, e dá outras providências.

O **CONSELHO NACIONAL DO MEIO AMBIENTE-CONAMA**, no uso das competências que lhe são conferidas pelos arts. 6º, inciso II e 8º, inciso VII, da Lei nº 6.938, de 31 de agosto de 1981, regulamentada pelo Decreto nº 99.274, de 6 de junho de 1990 e suas alterações, tendo em vista o disposto em seu Regimento Interno, e

Considerando a vigência da Resolução CONAMA nº 274, de 29 de novembro de 2000, que dispõe sobre a balneabilidade;

Considerando o art. 9º, inciso I, da Lei nº 9.433, de 8 de janeiro de 1997, que instituiu a Política Nacional dos Recursos Hídricos, e demais normas aplicáveis à matéria;

Considerando que a água integra as preocupações do desenvolvimento sustentável, baseado nos princípios da função ecológica da propriedade, da prevenção, da precaução, do poluidor-pagador, do usuário-pagador e da integração, bem como no reconhecimento de valor intrínseco à natureza;

Considerando que a Constituição Federal e a Lei nº 6.938, de 31 de agosto de 1981, visam controlar o lançamento no meio ambiente de poluentes, proibindo o lançamento em níveis nocivos ou perigosos para os seres humanos e outras formas de vida;

Considerando que o enquadramento expressa metas finais a serem alcançadas, podendo ser fixadas metas progressivas intermediárias, obrigatórias, visando a sua efetivação;

Considerando os termos da Convenção de Estocolmo, que trata dos Poluentes Orgânicos Persistentes-POPs, ratificada pelo Decreto Legislativo nº 204, de 7 de maio de 2004;

Considerando ser a classificação das águas doces, salobras e salinas essencial à defesa de seus níveis de qualidade, avaliados por condições e padrões específicos, de modo a assegurar seus usos preponderantes;

Considerando que o enquadramento dos corpos de água deve estar baseado não necessariamente no seu estado atual, mas nos níveis de qualidade que deveriam possuir para atender às necessidades da comunidade;

Considerando que a saúde e o bem-estar humano, bem como o equilíbrio ecológico aquático, não devem ser afetados pela deterioração da qualidade das águas;

Considerando a necessidade de se criar instrumentos para avaliar a evolução da qualidade das águas, em relação às classes estabelecidas no enquadramento, de forma a facilitar a fixação e controle de metas visando atingir gradativamente os objetivos propostos;

Considerando a necessidade de se reformular a classificação existente, para melhor distribuir os usos das águas, melhor especificar as condições e padrões de qualidade requeridos, sem prejuízo de posterior aperfeiçoamento; e

Considerando que o controle da poluição está diretamente relacionado com a proteção da saúde, garantia do meio ambiente ecologicamente equilibrado e a melhoria da qualidade de vida, levando em conta os usos prioritários e classes de qualidade ambiental exigidos para um determinado corpo de água; resolve:

Art. 1º Esta Resolução dispõe sobre a classificação e diretrizes ambientais para o enquadramento dos corpos de água superficiais, bem como estabelece as condições e padrões de lançamento de efluentes.

CAPÍTULO I DAS DEFINIÇÕES

Art. 2º Para efeito desta Resolução são adotadas as seguintes definições:

- I - águas doces: águas com salinidade igual ou inferior a 0,5 ‰;
- II - águas salobras: águas com salinidade superior a 0,5 ‰ e inferior a 30 ‰;
- III - águas salinas: águas com salinidade igual ou superior a 30 ‰;
- IV - ambiente lântico: ambiente que se refere à água parada, com movimento lento ou estagnado;
- V - ambiente lótico: ambiente relativo a águas continentais moventes;
- VI - aquíicultura: o cultivo ou a criação de organismos cujo ciclo de vida, em condições naturais, ocorre total ou parcialmente em meio aquático;
- VII - carga poluidora: quantidade de determinado poluente transportado ou lançado em um corpo de água receptor, expressa em unidade de massa por tempo;
- VIII - cianobactérias: microorganismos procarióticos autotróficos, também denominados como cianofíceas (algas azuis) capazes de ocorrer em qualquer manancial superficial especialmente naqueles com elevados níveis de nutrientes (nitrogênio e fósforo), podendo produzir toxinas com efeitos adversos a saúde;
- IX - classe de qualidade: conjunto de condições e padrões de qualidade de água necessários ao atendimento dos usos preponderantes, atuais ou futuros;
- X - classificação: qualificação das águas doces, salobras e salinas em função dos usos preponderantes (sistema de classes de qualidade) atuais e futuros;
- XI - coliformes termotolerantes: bactérias gram-negativas, em forma de bacilos, oxidase-negativas, caracterizadas pela atividade da enzima β -galactosidase. Podem crescer em meios contendo agentes tenso-ativos e fermentar a lactose nas temperaturas de 44° - 45°C, com produção de ácido, gás e aldeído. Além de estarem presentes em fezes humanas e de animais homeotérmicos, ocorrem em solos, plantas ou outras matrizes ambientais que não tenham sido contaminados por material fecal;
- XII - condição de qualidade: qualidade apresentada por um segmento de corpo d'água, num determinado momento, em termos dos usos possíveis com segurança adequada, frente às Classes de Qualidade;
- XIII - condições de lançamento: condições e padrões de emissão adotados para o controle de lançamentos de efluentes no corpo receptor;
- XIV - controle de qualidade da água: conjunto de medidas operacionais que visa avaliar a melhoria e a conservação da qualidade da água estabelecida para o corpo de água;
- XV - corpo receptor: corpo hídrico superficial que recebe o lançamento de um efluente;
- XVI - desinfecção: remoção ou inativação de organismos potencialmente patogênicos;
- XVII - efeito tóxico agudo: efeito deletério aos organismos vivos causado por agentes físicos ou químicos, usualmente letalidade ou alguma outra manifestação que a antecede, em um curto período de exposição;
- XVIII - efeito tóxico crônico: efeito deletério aos organismos vivos causado por agentes físicos ou químicos que afetam uma ou várias funções biológicas dos organismos, tais como a reprodução, o crescimento e o comportamento, em um período de exposição que pode abranger a totalidade de seu ciclo de vida ou parte dele;
- XIX - efetivação do enquadramento: alcance da meta final do enquadramento;
- XX - enquadramento: estabelecimento da meta ou objetivo de qualidade da água (classe) a ser, obrigatoriamente, alcançado ou mantido em um segmento de corpo de água, de acordo com os usos preponderantes pretendidos, ao longo do tempo;
- XXI - ensaios ecotoxicológicos: ensaios realizados para determinar o efeito deletério de agentes físicos ou químicos a diversos organismos aquáticos;
- XXII - ensaios toxicológicos: ensaios realizados para determinar o efeito deletério de agentes físicos ou químicos a diversos organismos visando avaliar o potencial de risco à saúde humana;
- XXIII - *escherichia coli* (*E.Coli*): bactéria pertencente à família Enterobacteriaceae caracterizada pela atividade da enzima β -glicuronidase. Produz indol a partir do aminoácido triptofano. É a única espécie do

grupo dos coliformes termotolerantes cujo habitat exclusivo é o intestino humano e de animais homeotérmicos, onde ocorre em densidades elevadas;

XXIV - metas: é o desdobramento do objeto em realizações físicas e atividades de gestão, de acordo com unidades de medida e cronograma preestabelecidos, de caráter obrigatório;

XXV - monitoramento: medição ou verificação de parâmetros de qualidade e quantidade de água, que pode ser contínua ou periódica, utilizada para acompanhamento da condição e controle da qualidade do corpo de água;

XXVI - padrão: valor limite adotado como requisito normativo de um parâmetro de qualidade de água ou efluente;

XXVII - parâmetro de qualidade da água: substâncias ou outros indicadores representativos da qualidade da água;

XXVIII - pesca amadora: exploração de recursos pesqueiros com fins de lazer ou desporto;

XXIX - programa para efetivação do enquadramento: conjunto de medidas ou ações progressivas e obrigatórias, necessárias ao atendimento das metas intermediárias e final de qualidade de água estabelecidas para o enquadramento do corpo hídrico;

XXX - recreação de contato primário: contato direto e prolongado com a água (tais como natação, mergulho, esqui-aquático) na qual a possibilidade do banhista ingerir água é elevada;

XXXI - recreação de contato secundário: refere-se àquela associada a atividades em que o contato com a água é esporádico ou acidental e a possibilidade de ingerir água é pequena, como na pesca e na navegação (tais como iatismo);

XXXII - tratamento avançado: técnicas de remoção e/ou inativação de constituintes refratários aos processos convencionais de tratamento, os quais podem conferir à água características, tais como: cor, odor, sabor, atividade tóxica ou patogênica;

XXXIII - tratamento convencional: clarificação com utilização de coagulação e floculação, seguida de desinfecção e correção de pH;

XXXIV - tratamento simplificado: clarificação por meio de filtração e desinfecção e correção de pH quando necessário;

XXXV - tributário (ou curso de água afluente): corpo de água que flui para um rio maior ou para um lago ou reservatório;

XXXVI - vazão de referência: vazão do corpo hídrico utilizada como base para o processo de gestão, tendo em vista o uso múltiplo das águas e a necessária articulação das instâncias do Sistema Nacional de Meio Ambiente-SISNAMA e do Sistema Nacional de Gerenciamento de Recursos Hídricos-SINGRH;

XXXVII - virtualmente ausentes: que não é perceptível pela visão, olfato ou paladar; e

~~XXXVIII - zona de mistura: região do corpo receptor onde ocorre a diluição inicial de um efluente. (Revogado pela Resolução 430/2011)~~

CAPÍTULO II

DA CLASSIFICAÇÃO DOS CORPOS DE ÁGUA

Art.3º As águas doces, salobras e salinas do Território Nacional são classificadas, segundo a qualidade requerida para os seus usos preponderantes, em treze classes de qualidade.

Parágrafo único. As águas de melhor qualidade podem ser aproveitadas em uso menos exigente, desde que este não prejudique a qualidade da água, atendidos outros requisitos pertinentes.

Seção I

Das Águas Doces

Art. 4º As águas doces são classificadas em:

I - classe especial: águas destinadas:

a) ao abastecimento para consumo humano, com desinfecção;

- b) à preservação do equilíbrio natural das comunidades aquáticas; e,
- c) à preservação dos ambientes aquáticos em unidades de conservação de proteção integral.

II - classe 1: águas que podem ser destinadas:

- a) ao abastecimento para consumo humano, após tratamento simplificado;
- b) à proteção das comunidades aquáticas;
- c) à recreação de contato primário, tais como natação, esqui aquático e mergulho, conforme Resolução CONAMA nº 274, de 2000;
- d) à irrigação de hortaliças que são consumidas cruas e de frutas que se desenvolvam rentes ao solo e que sejam ingeridas cruas sem remoção de película; e
- e) à proteção das comunidades aquáticas em Terras Indígenas.

III - classe 2: águas que podem ser destinadas:

- a) ao abastecimento para consumo humano, após tratamento convencional;
- b) à proteção das comunidades aquáticas;
- c) à recreação de contato primário, tais como natação, esqui aquático e mergulho, conforme Resolução CONAMA nº 274, de 2000;
- d) à irrigação de hortaliças, plantas frutíferas e de parques, jardins, campos de esporte e lazer, com os quais o público possa vir a ter contato direto; e
- e) à aquicultura e à atividade de pesca.

IV - classe 3: águas que podem ser destinadas:

- a) ao abastecimento para consumo humano, após tratamento convencional ou avançado;
- b) à irrigação de culturas arbóreas, cerealíferas e forrageiras;
- c) à pesca amadora;
- d) à recreação de contato secundário; e
- e) à dessedentação de animais.

V - classe 4: águas que podem ser destinadas:

- a) à navegação; e
- b) à harmonia paisagística.

Seção II

Das Águas Salinas

Art. 5º As águas salinas são assim classificadas:

I - classe especial: águas destinadas:

- a) à preservação dos ambientes aquáticos em unidades de conservação de proteção integral; e
- b) à preservação do equilíbrio natural das comunidades aquáticas.

II - classe 1: águas que podem ser destinadas:

- a) à recreação de contato primário, conforme Resolução CONAMA nº 274, de 2000;
- b) à proteção das comunidades aquáticas; e
- c) à aquicultura e à atividade de pesca.

III - classe 2: águas que podem ser destinadas:

- a) à pesca amadora; e
- b) à recreação de contato secundário.

IV - classe 3: águas que podem ser destinadas:

- a) à navegação; e
- b) à harmonia paisagística.

Seção II

Das Águas Salobras

Art. 6º As águas salobras são assim classificadas:

I - classe especial: águas destinadas:

- a) à preservação dos ambientes aquáticos em unidades de conservação de proteção integral; e,
- b) à preservação do equilíbrio natural das comunidades aquáticas.

II - classe 1: águas que podem ser destinadas:

- a) à recreação de contato primário, conforme Resolução CONAMA nº 274, de 2000;
- b) à proteção das comunidades aquáticas;
- c) à aquicultura e à atividade de pesca;
- d) ao abastecimento para consumo humano após tratamento convencional ou avançado; e
- e) à irrigação de hortaliças que são consumidas cruas e de frutas que se desenvolvam rentes ao solo e que sejam ingeridas cruas sem remoção de película, e à irrigação de parques, jardins, campos de esporte e lazer, com os quais o público possa vir a ter contato direto.

III - classe 2: águas que podem ser destinadas:

- a) à pesca amadora; e
- b) à recreação de contato secundário.

IV - classe 3: águas que podem ser destinadas:

- a) à navegação; e
- b) à harmonia paisagística.

CAPÍTULO III

DAS CONDIÇÕES E PADRÕES DE QUALIDADE DAS ÁGUAS

Seção I

Das Disposições Gerais

Art. 7º Os padrões de qualidade das águas determinados nesta Resolução estabelecem limites individuais para cada substância em cada classe.

Parágrafo único. Eventuais interações entre substâncias, especificadas ou não nesta Resolução, não poderão conferir às águas características capazes de causar efeitos letais ou alteração de comportamento, reprodução ou fisiologia da vida, bem como de restringir os usos preponderantes previstos, ressalvado o disposto no § 3º do art. 34, desta Resolução.

Art. 8º O conjunto de parâmetros de qualidade de água selecionado para subsidiar a proposta de enquadramento deverá ser monitorado periodicamente pelo Poder Público.

§ 1º Também deverão ser monitorados os parâmetros para os quais haja suspeita da sua presença ou não conformidade.

§ 2º Os resultados do monitoramento deverão ser analisados estatisticamente e as incertezas de medição consideradas.

§ 3º A qualidade dos ambientes aquáticos poderá ser avaliada por indicadores biológicos, quando apropriado, utilizando-se organismos e/ou comunidades aquáticas.

§ 4º As possíveis interações entre as substâncias e a presença de contaminantes não listados nesta Resolução, passíveis de causar danos aos seres vivos, deverão ser investigadas utilizando-se ensaios ecotoxicológicos, toxicológicos, ou outros métodos cientificamente reconhecidos.

§ 5º Na hipótese dos estudos referidos no parágrafo anterior tornarem-se necessários em decorrência da atuação de empreendedores identificados, as despesas da investigação correrão as suas expensas.

§ 6º Para corpos de água salobras continentais, onde a salinidade não se dê por influência direta marinha, os valores dos grupos químicos de nitrogênio e fósforo serão os estabelecidos nas classes correspondentes de água doce.

Art. 9º A análise e avaliação dos valores dos parâmetros de qualidade de água de que trata esta Resolução serão realizadas pelo Poder Público, podendo ser utilizado laboratório próprio, conveniado ou contratado, que deverá adotar os procedimentos de controle de qualidade analítica necessários ao atendimento das condições exigíveis.

§ 1º Os laboratórios dos órgãos competentes deverão estruturar-se para atenderem ao disposto nesta Resolução.

§ 2º Nos casos onde a metodologia analítica disponível for insuficiente para quantificar as concentrações dessas substâncias nas águas, os sedimentos e/ou biota aquática poderão ser investigados quanto à presença eventual dessas substâncias.

Art. 10. Os valores máximos estabelecidos para os parâmetros relacionados em cada uma das classes de enquadramento deverão ser obedecidos nas condições de vazão de referência.

§ 1º Os limites de Demanda Bioquímica de Oxigênio (DBO), estabelecidos para as águas doces de classes 2 e 3, poderão ser elevados, caso o estudo da capacidade de autodepuração do corpo receptor demonstre que as concentrações mínimas de oxigênio dissolvido (OD) previstas não serão desobedecidas, nas condições de vazão de referência, com exceção da zona de mistura.

§ 2º Os valores máximos admissíveis dos parâmetros relativos às formas químicas de nitrogênio e fósforo, nas condições de vazão de referência, poderão ser alterados em decorrência de condições naturais, ou quando estudos ambientais específicos, que considerem também a poluição difusa, comprovem que esses novos limites não acarretarão prejuízos para os usos previstos no enquadramento do corpo de água.

§ 3º Para águas doces de classes 1 e 2, quando o nitrogênio for fator limitante para eutrofização, nas condições estabelecidas pelo órgão ambiental competente, o valor de nitrogênio total (após oxidação) não deverá ultrapassar 1,27 mg/L para ambientes lênticos e 2,18 mg/L para ambientes lóticos, na vazão de referência.

§ 4º O disposto nos §§ 2º e 3º não se aplica às baías de águas salinas ou salobras, ou outros corpos de água em que não seja aplicável a vazão de referência, para os quais deverão ser elaborados estudos específicos sobre a dispersão e assimilação de poluentes no meio hídrico.

Art. 11. O Poder Público poderá, a qualquer momento, acrescentar outras condições e padrões de qualidade, para um determinado corpo de água, ou torná-los mais restritivos, tendo em vista as condições locais, mediante fundamentação técnica.

Art. 12. O Poder Público poderá estabelecer restrições e medidas adicionais, de caráter excepcional e temporário, quando a vazão do corpo de água estiver abaixo da vazão de referência.

Art. 13. Nas águas de classe especial deverão ser mantidas as condições naturais do corpo de água.

Seção II

Das Águas Doces

Art. 14. As águas doces de classe 1 observarão as seguintes condições e padrões:

I - condições de qualidade de água:

a) não verificação de efeito tóxico crônico a organismos, de acordo com os critérios estabelecidos pelo órgão ambiental competente, ou, na sua ausência, por instituições nacionais ou internacionais renomadas, comprovado pela realização de ensaio ecotoxicológico padronizado ou outro método cientificamente reconhecido.

b) materiais flutuantes, inclusive espumas não naturais: virtualmente ausentes;

c) óleos e graxas: virtualmente ausentes;

d) substâncias que comuniquem gosto ou odor: virtualmente ausentes;

- e) corantes provenientes de fontes antrópicas: virtualmente ausentes;
- f) resíduos sólidos objetáveis: virtualmente ausentes;
- g) coliformes termotolerantes: para o uso de recreação de contato primário deverão ser obedecidos os padrões de qualidade de balneabilidade, previstos na Resolução CONAMA nº 274, de 2000. Para os demais usos, não deverá ser excedido um limite de 200 coliformes termotolerantes por 100 mililitros em 80% ou mais, de pelo menos 6 amostras, coletadas durante o período de um ano, com frequência bimestral. A *E. Coli* poderá ser determinada em substituição ao parâmetro coliformes termotolerantes de acordo com limites estabelecidos pelo órgão ambiental competente;
- h) DBO 5 dias a 20°C até 3 mg/L O₂;
- i) OD, em qualquer amostra, não inferior a 6 mg/L O₂;
- j) turbidez até 40 unidades nefelométrica de turbidez (UNT);
- l) cor verdadeira: nível de cor natural do corpo de água em mg Pt/L; e
- m) pH: 6,0 a 9,0.

II - Padrões de qualidade de água:

TABELA I - CLASSE 1 - ÁGUAS DOCES	
PADRÕES	
PARÂMETROS	VALOR MÁXIMO
Clorofila <i>a</i>	10 µg/L
Densidade de cianobactérias	20.000 cel/mL ou 2 mm ³ /L
Sólidos dissolvidos totais	500 mg/L
PARÂMETROS INORGÂNICOS	VALOR MÁXIMO
Alumínio dissolvido	0,1 mg/L Al
Antimônio	0,005mg/L Sb
Arsênio total	0,01 mg/L As
Bário total	0,7 mg/L Ba
Berílio total	0,04 mg/L Be
Boro total	0,5 mg/L B
Cádmio total	0,001 mg/L Cd
Chumbo total	0,01mg/L Pb
Cianeto livre	0,005 mg/L CN
Cloreto total	250 mg/L Cl
Cloro residual total (combinado + livre)	0,01 mg/L Cl
Cobalto total	0,05 mg/L Co
Cobre dissolvido	0,009 mg/L Cu
Cromo total	0,05 mg/L Cr
Ferro dissolvido	0,3 mg/L Fe
Fluoreto total	1,4 mg/L F
Fósforo total (ambiente lântico)	0,020 mg/L P
Fósforo total (ambiente intermediário, com tempo de residência entre 2 e 40 dias, e tributários diretos de ambiente lântico)	0,025 mg/L P

Fósforo total (ambiente lótico e tributários de ambientes intermediários)	0,1 mg/L P
Lítio total	2,5 mg/L Li
Manganês total	0,1 mg/L Mn
Mercúrio total	0,0002 mg/L Hg
Níquel total	0,025 mg/L Ni
Nitrato	10,0 mg/L N
Nitrito	1,0 mg/L N
Nitrogênio amoniacal total	3,7mg/L N, para $\text{pH} \leq 7,5$ 2,0 mg/L N, para $7,5 < \text{pH} \leq 8,0$ 1,0 mg/L N, para $8,0 < \text{pH} \leq 8,5$ 0,5 mg/L N, para $\text{pH} > 8,5$
Prata total	0,01 mg/L Ag
Selênio total	0,01 mg/L Se
Sulfato total	250 mg/L SO_4
Sulfeto (H_2S não dissociado)	0,002 mg/L S
Urânio total	0,02 mg/L U
Vanádio total	0,1 mg/L V
Zinco total	0,18 mg/L Zn
PARÂMETROS ORGÂNICOS	VALOR MÁXIMO
Acrilamida	0,5 µg/L
Alacloro	20 µg/L
Aldrin + Dieldrin	0,005 µg/L
Atrazina	2 µg/L
Benzeno	0,005 mg/L
Benzidina	0,001 µg/L
Benzo(a)antraceno	0,05 µg/L
Benzo(a)pireno	0,05 µg/L
Benzo(b)fluoranteno	0,05 µg/L
Benzo(k)fluoranteno	0,05 µg/L
Carbaril	0,02 µg/L
Clordano (cis + trans)	0,04 µg/L
2-Clorofenol	0,1 µg/L
Criseno	0,05 µg/L
2,4-D	4,0 µg/L
Demeton (Demeton-O + Demeton-S)	0,1 µg/L
Dibenzo(a,h)antraceno	0,05 µg/L
1,2-Dicloroetano	0,01 mg/L
1,1-Dicloroetano	0,003 mg/L

2,4-Diclorofenol	0,3 µg/L
Diclorometano	0,02 mg/L
DDT (p,p'-DDT + p,p'-DDE + p,p'-DDD)	0,002 µg/L
Dodecacloro pentaciclodecano	0,001 µg/L
Endossulfan (□ + □ + sulfato)	0,056 µg/L
Endrin	0,004 µg/L
Estireno	0,02 mg/L
Etilbenzeno	90,0 µg/L
Fenóis totais (substâncias que reagem com 4-aminoantipirina)	0,003 mg/L C ₆ H ₅ OH
Glifosato	65 µg/L
Gution	0,005 µg/L
Heptacloro epóxido + Heptacloro	0,01 µg/L
Hexaclorobenzeno	0,0065 µg/L
Indeno(1,2,3-cd)pireno	0,05 µg/L
Lindano (□-HCH)	0,02 µg/L
Malation	0,1 µg/L
Metolacloro	10 µg/L
Metoxicloro	0,03 µg/L
Paration	0,04 µg/L
PCBs - Bifenilas policloradas	0,001 µg/L
Pentaclorofenol	0,009 mg/L
Simazina	2,0 µg/L
Substâncias tensoativas que reagem com o azul de metileno	0,5 mg/L LAS
2,4,5-T	2,0 µg/L
Tetracloroeto de carbono	0,002 mg/L
Tetracloroeteno	0,01 mg/L
Tolueno	2,0 µg/L
Toxafeno	0,01 µg/L
2,4,5-TP	10,0 µg/L
Tributilestanho	0,063 µg/L TBT
Triclorobenzeno (1,2,3-TCB + 1,2,4-TCB)	0,02 mg/L
Tricloroeteno	0,03 mg/L
2,4,6-Triclorofenol	0,01 mg/L
Trifluralina	0,2 µg/L
Xileno	300 µg/L

III - Nas águas doces onde ocorrer pesca ou cultivo de organismos, para fins de consumo intensivo, além dos padrões estabelecidos no inciso II deste artigo, aplicam-se os seguintes padrões em substituição ou adicionalmente:

TABELA II - CLASSE 1 - ÁGUAS DOCES	
PADRÕES PARA CORPOS DE ÁGUA ONDE HAJA PESCA OU CULTIVO DE ORGANISMOS PARA FINS DE CONSUMO INTENSIVO	
PARÂMETROS INORGÂNICOS	VALOR MÁXIMO
Arsênio total	0,14 µg/L As
PARÂMETROS ORGÂNICOS	VALOR MÁXIMO
Benzidina	0,0002 µg/L
Benzo(a)antraceno	0,018 µg/L
Benzo(a)pireno	0,018 µg/L
Benzo(b)fluoranteno	0,018 µg/L
Benzo(k)fluoranteno	0,018 µg/L
Criseno	0,018 µg/L
Dibenzo(a,h)antraceno	0,018 µg/L
3,3-Diclorobenzidina	0,028 µg/L
Heptacloro epóxido + Heptacloro	0,000039 µg/L
Hexaclorobenzeno	0,00029 µg/L
Indeno(1,2,3-cd)pireno	0,018 µg/L
PCBs - Bifenilas policloradas	0,000064 µg/L
Pentaclorofenol	3,0 µg/L
Tetracloroeto de carbono	1,6 µg/L
Tetracloroeteno	3,3 µg/L
Toxafeno	0,00028 µg/L
2,4,6-triclorofenol	2,4 µg/L

Art 15. Aplicam-se às águas doces de classe 2 as condições e padrões da classe 1 previstos no artigo anterior, à exceção do seguinte:

I - não será permitida a presença de corantes provenientes de fontes antrópicas que não sejam removíveis por processo de coagulação, sedimentação e filtração convencionais;

II - coliformes termotolerantes: para uso de recreação de contato primário deverá ser obedecida a Resolução CONAMA nº 274, de 2000. Para os demais usos, não deverá ser excedido um limite de 1.000 coliformes termotolerantes por 100 mililitros em 80% ou mais de pelo menos 6 (seis) amostras coletadas durante o período de um ano, com frequência bimestral. A *E. coli* poderá ser determinada em substituição ao parâmetro coliformes termotolerantes de acordo com limites estabelecidos pelo órgão ambiental competente;

III - cor verdadeira: até 75 mg Pt/L;

IV - turbidez: até 100 UNT;

V - DBO 5 dias a 20°C até 5 mg/L O₂;

VI - OD, em qualquer amostra, não inferior a 5 mg/L O₂;

VII - clorofila *a*: até 30 µg/L;

VIII - densidade de cianobactérias: até 50000 cel/mL ou 5 mm³/L; e,

IX - fósforo total:

- a) até 0,030 mg/L, em ambientes lênticos; e,
- b) até 0,050 mg/L, em ambientes intermediários, com tempo de residência entre 2 e 40 dias, e tributários diretos de ambiente lêntico.

Art. 16. As águas doces de classe 3 observarão as seguintes condições e padrões:

I - condições de qualidade de água:

- a) não verificação de efeito tóxico agudo a organismos, de acordo com os critérios estabelecidos pelo órgão ambiental competente, ou, na sua ausência, por instituições nacionais ou internacionais renomadas, comprovado pela realização de ensaio ecotoxicológico padronizado ou outro método cientificamente reconhecido;
- b) materiais flutuantes, inclusive espumas não naturais: virtualmente ausentes;
- c) óleos e graxas: virtualmente ausentes;
- d) substâncias que comuniquem gosto ou odor: virtualmente ausentes;
- e) não será permitida a presença de corantes provenientes de fontes antrópicas que não sejam removíveis por processo de coagulação, sedimentação e filtração convencionais;
- f) resíduos sólidos objetáveis: virtualmente ausentes;
- g) coliformes termotolerantes: para o uso de recreação de contato secundário não deverá ser excedido um limite de 2500 coliformes termotolerantes por 100 mililitros em 80% ou mais de pelo menos 6 amostras, coletadas durante o período de um ano, com frequência bimestral. Para dessedentação de animais criados confinados não deverá ser excedido o limite de 1000 coliformes termotolerantes por 100 mililitros em 80% ou mais de pelo menos 6 amostras, coletadas durante o período de um ano, com frequência bimestral. Para os demais usos, não deverá ser excedido um limite de 4000 coliformes termotolerantes por 100 mililitros em 80% ou mais de pelo menos 6 amostras coletadas durante o período de um ano, com periodicidade bimestral. A *E. Coli* poderá ser determinada em substituição ao parâmetro coliformes termotolerantes de acordo com limites estabelecidos pelo órgão ambiental competente;
- h) cianobactérias para dessedentação de animais: os valores de densidade de cianobactérias não deverão exceder 50.000 cel/ml, ou 5mm³/L;
- i) DBO 5 dias a 20°C até 10 mg/L O₂;
- j) OD, em qualquer amostra, não inferior a 4 mg/L O₂;
- l) turbidez até 100 UNT;
- m) cor verdadeira: até 75 mg Pt/L; e,
- n) pH: 6,0 a 9,0.

II - Padrões de qualidade de água:

TABELA III - CLASSE 3 - ÁGUAS DOCES	
PADRÕES	
PARÂMETROS	VALOR MÁXIMO
Clorofila <i>a</i>	60 µg/L
Densidade de cianobactérias	100.000 cel/mL ou 10 mm ³ /L
Sólidos dissolvidos totais	500 mg/L
PARÂMETROS INORGÂNICOS	VALOR MÁXIMO
Alumínio dissolvido	0,2 mg/L Al
Arsênio total	0,033 mg/L As
Bário total	1,0 mg/L Ba
Berílio total	0,1 mg/L Be

Boro total	0,75 mg/L B
Cádmio total	0,01 mg/L Cd
Chumbo total	0,033 mg/L Pb
Cianeto livre	0,022 mg/L CN
Cloreto total	250 mg/L Cl
Cobalto total	0,2 mg/L Co
Cobre dissolvido	0,013 mg/L Cu
Cromo total	0,05 mg/L Cr
Ferro dissolvido	5,0 mg/L Fe
Fluoreto total	1,4 mg/L F
Fósforo total (ambiente lântico)	0,05 mg/L P
Fósforo total (ambiente intermediário, com tempo de residência entre 2 e 40 dias, e tributários diretos de ambiente lântico)	0,075 mg/L P
Fósforo total (ambiente lótico e tributários de ambientes intermediários)	0,15 mg/L P
Lítio total	2,5 mg/L Li
Manganês total	0,5 mg/L Mn
Mercúrio total	0,002 mg/L Hg
Níquel total	0,025 mg/L Ni
Nitrato	10,0 mg/L N
Nitrito	1,0 mg/L N
Nitrogênio amoniacal total	13,3 mg/L N, para $\text{pH} \leq 7,5$ 5,6 mg/L N, para $7,5 < \text{pH} \leq 8,0$ 2,2 mg/L N, para $8,0 < \text{pH} \leq 8,5$ 1,0 mg/L N, para $\text{pH} > 8,5$
Prata total	0,05 mg/L Ag
Selênio total	0,05 mg/L Se
Sulfato total	250 mg/L SO_4
Sulfeto (como H_2S não dissociado)	0,3 mg/L S
Urânio total	0,02 mg/L U
Vanádio total	0,1 mg/L V
Zinco total	5 mg/L Zn
PARÂMETROS ORGÂNICOS	VALOR MÁXIMO
Aldrin + Dieldrin	0,03 µg/L
Atrazina	2 µg/L
Benzeno	0,005 mg/L
Benzo(a)pireno	0,7 µg/L

Carbaril	70,0 µg/L
Clordano (cis + trans)	0,3 µg/L
2,4-D	30,0 µg/L
DDT (p,p'-DDT + p,p'-DDE + p,p'-DDD)	1,0 µg/L
Demeton (Demeton-O + Demeton-S)	14,0 µg/L
1,2-Dicloroetano	0,01 mg/L
1,1-Dicloroetano	30 µg/L
Dodecacloro Pentaciclodecano	0,001 µg/L
Endossulfan (□ + □ + sulfato)	0,22 µg/L
Endrin	0,2 µg/L
Fenóis totais (substâncias que reagem com 4-aminoantipirina)	0,01 mg/L C ₆ H ₅ OH
Glifosato	280 µg/L
Gution	0,005 µg/L
Heptacloro epóxido + Heptacloro	0,03 µg/L
Lindano (□-HCH)	2,0 µg/L
Malation	100,0 µg/L
Metoxicloro	20,0 µg/L
Paration	35,0 µg/L
PCBs - Bifenilas policloradas	0,001 µg/L
Pentaclorofenol	0,009 mg/L
Substâncias tenso-ativas que reagem com o azul de metileno	0,5 mg/L LAS
2,4,5-T	2,0 µg/L
Tetracloroeto de carbono	0,003 mg/L
Tetracloroetano	0,01 mg/L
Toxafeno	0,21 µg/L
2,4,5-TP	10,0 µg/L
Tributilestanho	2,0 µg/L TBT
Tricloroetano	0,03 mg/L
2,4,6-Triclorofenol	0,01 mg/L

Art. 17. As águas doces de classe 4 observarão as seguintes condições e padrões:

I - materiais flutuantes, inclusive espumas não naturais: virtualmente ausentes;

II - odor e aspecto: não objetáveis;

III - óleos e graxas: toleram-se iridescências;

IV - substâncias facilmente sedimentáveis que contribuam para o assoreamento de canais de navegação: virtualmente ausentes;

V - fenóis totais (substâncias que reagem com 4 - aminoantipirina) até 1,0 mg/L de C₆H₅OH;

VI - OD, superior a 2,0 mg/L O₂ em qualquer amostra; e,

VII - pH: 6,0 a 9,0.

Seção III

Das Águas Salinas

Art. 18. As águas salinas de classe 1 observarão as seguintes condições e padrões:

I - condições de qualidade de água:

- a) não verificação de efeito tóxico crônico a organismos, de acordo com os critérios estabelecidos pelo órgão ambiental competente, ou, na sua ausência, por instituições nacionais ou internacionais renomadas, comprovado pela realização de ensaio ecotoxicológico padronizado ou outro método cientificamente reconhecido;
- b) materiais flutuantes virtualmente ausentes;
- c) óleos e graxas: virtualmente ausentes;
- d) substâncias que produzem odor e turbidez: virtualmente ausentes;
- e) corantes provenientes de fontes antrópicas: virtualmente ausentes;
- f) resíduos sólidos objetáveis: virtualmente ausentes;
- g) coliformes termotolerantes: para o uso de recreação de contato primário deverá ser obedecida a Resolução CONAMA nº 274, de 2000. Para o cultivo de moluscos bivalves destinados à alimentação humana, a média geométrica da densidade de coliformes termotolerantes, de um mínimo de 15 amostras coletadas no mesmo local, não deverá exceder 43 por 100 mililitros, e o percentil 90% não deverá ultrapassar 88 coliformes termotolerantes por 100 mililitros. Esses índices deverão ser mantidos em monitoramento anual com um mínimo de 5 amostras. Para os demais usos não deverá ser excedido um limite de 1.000 coliformes termotolerantes por 100 mililitros em 80% ou mais de pelo menos 6 amostras coletadas durante o período de um ano, com periodicidade bimestral. A *E. Coli* poderá ser determinada em substituição ao parâmetro coliformes termotolerantes de acordo com limites estabelecidos pelo órgão ambiental competente;
- h) carbono orgânico total até 3 mg/L, como C;
- i) OD, em qualquer amostra, não inferior a 6 mg/L O₂; e
- j) pH: 6,5 a 8,5, não devendo haver uma mudança do pH natural maior do que 0,2 unidade.

II - Padrões de qualidade de água:

TABELA IV - CLASSE 1 - ÁGUAS SALINAS	
PADRÕES	
PARÂMETROS INORGÂNICOS	VALOR MÁXIMO
Alumínio dissolvido	1,5 mg/L Al
Arsênio total	0,01 mg/L As
Bário total	1,0 mg/L Ba
Berílio total	5,3 µg/L Be
Boro total	5,0 mg/L B
Cádmio total	0,005 mg/L Cd
Chumbo total	0,01 mg/L Pb
Cianeto livre	0,001 mg/L CN
Cloro residual total (combinado + livre)	0,01 mg/L Cl
Cobre dissolvido	0,005 mg/L Cu
Cromo total	0,05 mg/L Cr
Ferro dissolvido	0,3 mg/L Fe

Fluoreto total	1,4 mg/L F
Fósforo Total	0,062 mg/L P
Manganês total	0,1 mg/L Mn
Mercúrio total	0,0002 mg/L Hg
Níquel total	0,025 mg/L Ni
Nitrato	0,40 mg/L N
Nitrito	0,07 mg/L N
Nitrogênio amoniacal total	0,40 mg/L N
Polifosfatos (determinado pela diferença entre fósforo ácido hidrolisável total e fósforo reativo total)	0,031 mg/L P
Prata total	0,005 mg/L Ag
Selênio total	0,01 mg/L Se
Sulfetos (H ₂ S não dissociado)	0,002 mg/L S
Tálio total	0,1 mg/L Tl
Urânio Total	0,5 mg/L U
Zinco total	0,09 mg/L Zn
PARÂMETROS ORGÂNICOS	VALOR MÁXIMO
Aldrin + Dieldrin	0,0019 µg/L
Benzeno	700 µg/L
Carbaril	0,32 µg/L
Clordano (cis + trans)	0,004 µg/L
2,4-D	30,0 µg/L
DDT (p,p'-DDT+ p,p'-DDE + p,p'-DDD)	0,001 µg/L
Demeton (Demeton-O + Demeton-S)	0,1 µg/L
Dodecacloro pentaciclodecano	0,001 µg/L
Endossulfan (□ + □ + sulfato)	0,01 µg/L
Endrin	0,004 µg/L
Etilbenzeno	25 µg/L
Fenóis totais (substâncias que reagem com 4-aminoantipirina)	60 µg/L C ₆ H ₅ OH
Gution	0,01 µg/L
Heptacloro epóxido + Heptacloro	0,001 µg/L
Lindano (□-HCH)	0,004 µg/L
Malation	0,1 µg/L
Metoxicloro	0,03 µg/L
Monoclorobenzeno	25 µg/L
Pentaclorofenol	7,9 µg/L
PCBs - Bifenilas Policloradas	0,03 µg/L
Substâncias tensoativas que reagem com o azul de	0,2 mg/L LAS

metileno	
2,4,5-T	10,0 µg/L
Tolueno	215 µg/L
Toxafeno	0,0002 µg/L
2,4,5-TP	10,0 µg/L
Tributilestanho	0,01 µg/L TBT
Triclorobenzeno (1,2,3-TCB + 1,2,4-TCB)	80 µg/L
Tricloroeteno	30,0 µg/L

III - Nas águas salinas onde ocorrer pesca ou cultivo de organismos, para fins de consumo intensivo, além dos padrões estabelecidos no inciso II deste artigo, aplicam-se os seguintes padrões em substituição ou adicionalmente:

TABELA V - CLASSE 1 - ÁGUAS SALINAS	
PADRÕES PARA CORPOS DE ÁGUA ONDE HAJA PESCA OU CULTIVO DE ORGANISMOS PARA FINS DE CONSUMO INTENSIVO	
PARÂMETROS INORGÂNICOS	VALOR MÁXIMO
Arsênio total	0,14 µg/L As
PARÂMETROS ORGÂNICOS	VALOR MÁXIMO
Benzeno	51 µg/L
Benzidina	0,0002 µg/L
Benzo(a)antraceno	0,018 µg/L
Benzo(a)pireno	0,018 µg/L
Benzo(b)fluoranteno	0,018 µg/L
Benzo(k)fluoranteno	0,018 µg/L
2-Clorofenol	150 µg/L
2,4-Diclorofenol	290 µg/L
Criseno	0,018 µg/L
Dibenzo(a,h)antraceno	0,018 µg/L
1,2-Dicloroetano	37 µg/L
1,1-Dicloroeteno	3 µg/L
3,3-Diclorobenzidina	0,028 µg/L
Heptacloro epóxido + Heptacloro	0,000039 µg/L
Hexaclorobenzeno	0,00029 µg/L
Indeno(1,2,3-cd)pireno	0,018 µg/L
PCBs - Bifenilas Policloradas	0,000064 µg/L
Pentaclorofenol	3,0 µg/L
Tetracloroeteno	3,3 µg/L
2,4,6-Triclorofenol	2,4 µg/L

Art 19. Aplicam-se às águas salinas de classe 2 as condições e padrões de qualidade da classe 1, previstos no artigo anterior, à exceção dos seguintes:

I - condições de qualidade de água:

a) não verificação de efeito tóxico agudo a organismos, de acordo com os critérios estabelecidos pelo órgão ambiental competente, ou, na sua ausência, por instituições nacionais ou internacionais renomadas, comprovado pela realização de ensaio ecotoxicológico padronizado ou outro método cientificamente reconhecido;

b) coliformes termotolerantes: não deverá ser excedido um limite de 2500 por 100 mililitros em 80% ou mais de pelo menos 6 amostras coletadas durante o período de um ano, com frequência bimestral. A *E. Coli* poderá ser determinada em substituição ao parâmetro coliformes termotolerantes de acordo com limites estabelecidos pelo órgão ambiental competente;

c) carbono orgânico total: até 5,00 mg/L, como C; e

d) OD, em qualquer amostra, não inferior a 5,0 mg/L O₂.

II - Padrões de qualidade de água:

TABELA VI - CLASSE 2 - ÁGUAS SALINAS	
PADRÕES	
PARÂMETROS INORGÂNICOS	VALOR MÁXIMO
Arsênio total	0,069 mg/L As
Cádmio total	0,04 mg/L Cd
Chumbo total	0,21 mg/L Pb
Cianeto livre	0,001 mg/L CN
Cloro residual total (combinado + livre)	19 µg/L Cl
Cobre dissolvido	7,8 µg/L Cu
Cromo total	1,1 mg/L Cr
Fósforo total	0,093 mg/L P
Mercúrio total	1,8 µg/L Hg
Níquel	74 µg/L Ni
Nitrato	0,70 mg/L N
Nitrito	0,20 mg/L N
Nitrogênio amoniacal total	0,70 mg/L N
Polifosfatos (determinado pela diferença entre fósforo ácido hidrolisável total e fósforo reativo total)	0,0465 mg/L P
Selênio total	0,29 mg/L Se
Zinco total	0,12 mg/L Zn
PARÂMETROS ORGÂNICOS	VALOR MÁXIMO
Aldrin + Dieldrin	0,03 µg/L
Clordano (cis + trans)	0,09 µg/L
DDT (p-p'DDT + p-p'DDE + p-p'DDD)	0,13 µg/L
Endrin	0,037 µg/L
Heptacloro epóxido + Heptacloro	0,053 µg/L
Lindano (γ-HCH)	0,16 µg/L
Pentaclorofenol	13,0 µg/L
Toxafeno	0,210 µg/L

Tributilestanho	0,37 µg/L TBT

Art. 20. As águas salinas de classe 3 observarão as seguintes condições e padrões:

I - materiais flutuantes, inclusive espumas não naturais: virtualmente ausentes;

II - óleos e graxas: toleram-se iridescências;

III - substâncias que produzem odor e turbidez: virtualmente ausentes;

IV - corantes provenientes de fontes antrópicas: virtualmente ausentes;

V - resíduos sólidos objetáveis: virtualmente ausentes;

VI - coliformes termotolerantes: não deverá ser excedido um limite de 4.000 coliformes termotolerantes por 100 mililitros em 80% ou mais de pelo menos 6 amostras coletadas durante o período de um ano, com frequência bimestral. A *E. Coli* poderá ser determinada em substituição ao parâmetro coliformes termotolerantes de acordo com limites estabelecidos pelo órgão ambiental competente;

VII - carbono orgânico total: até 10 mg/L, como C;

VIII - OD, em qualquer amostra, não inferior a 4 mg/ L O₂; e

IX - pH: 6,5 a 8,5 não devendo haver uma mudança do pH natural maior do que 0,2 unidades.

Seção IV

Das Águas Salobras

Art. 21. As águas salobras de classe 1 observarão as seguintes condições e padrões:

I - condições de qualidade de água:

a) não verificação de efeito tóxico crônico a organismos, de acordo com os critérios estabelecidos pelo órgão ambiental competente, ou, na sua ausência, por instituições nacionais ou internacionais renomadas, comprovado pela realização de ensaio ecotoxicológico padronizado ou outro método cientificamente reconhecido;

b) carbono orgânico total: até 3 mg/L, como C;

c) OD, em qualquer amostra, não inferior a 5 mg/ L O₂;

d) pH: 6,5 a 8,5;

e) óleos e graxas: virtualmente ausentes;

f) materiais flutuantes: virtualmente ausentes;

g) substâncias que produzem cor, odor e turbidez: virtualmente ausentes;

h) resíduos sólidos objetáveis: virtualmente ausentes; e

i) coliformes termotolerantes: para o uso de recreação de contato primário deverá ser obedecida a Resolução CONAMA nº 274, de 2000. Para o cultivo de moluscos bivalves destinados à alimentação humana, a média geométrica da densidade de coliformes termotolerantes, de um mínimo de 15 amostras coletadas no mesmo local, não deverá exceder 43 por 100 mililitros, e o percentil 90% não deverá ultrapassar 88 coliformes termotolerantes por 100 mililitros. Esses índices deverão ser mantidos em monitoramento anual com um mínimo de 5 amostras. Para a irrigação de hortaliças que são consumidas cruas e de frutas que se desenvolvam rentes ao solo e que sejam ingeridas cruas sem remoção de película, bem como para a irrigação de parques, jardins, campos de esporte e lazer, com os quais o público possa vir a ter contato direto, não deverá ser excedido o valor de 200 coliformes termotolerantes por 100mL. Para os demais usos não deverá ser excedido um limite de 1.000 coliformes termotolerantes por 100 mililitros em 80% ou mais de pelo menos 6 amostras coletadas durante o período de um ano, com frequência bimestral. A *E. coli* poderá ser determinada em substituição ao parâmetro coliformes termotolerantes de acordo com limites estabelecidos pelo órgão ambiental competente.

II - Padrões de qualidade de água:

TABELA VII - CLASSE 1 - ÁGUAS SALOBRAS

PADRÕES	
PARÂMETROS INORGÂNICOS	VALOR MÁXIMO
Alumínio dissolvido	0,1 mg/L Al
Arsênio total	0,01 mg/L As
Berílio total	5,3 µg/L Be
Boro	0,5 mg/L B
Cádmio total	0,005 mg/L Cd
Chumbo total	0,01 mg/L Pb
Cianeto livre	0,001 mg/L CN
Cloro residual total (combinado + livre)	0,01 mg/L Cl
Cobre dissolvido	0,005 mg/L Cu
Cromo total	0,05 mg/L Cr
Ferro dissolvido	0,3 mg/L Fe
Fluoreto total	1,4 mg/L F
Fósforo total	0,124 mg/L P
Manganês total	0,1 mg/L Mn
Mercúrio total	0,0002 mg/L Hg
Níquel total	0,025 mg/L Ni
Nitrato	0,40 mg/L N
Nitrito	0,07 mg/L N
Nitrogênio amoniacal total	0,40 mg/L N
Polifosfatos (determinado pela diferença entre fósforo ácido hidrolisável total e fósforo reativo total)	0,062 mg/L P
Prata total	0,005 mg/L Ag
Selênio total	0,01 mg/L Se
Sulfetos (como H ₂ S não dissociado)	0,002 mg/L S
Zinco total	0,09 mg/L Zn
PARÂMETROS ORGÂNICOS	VALOR MÁXIMO
Aldrin + dieldrin	0,0019 µg/L
Benzeno	700 µg/L
Carbaril	0,32 µg/L
Clordano (cis + trans)	0,004 µg/L
2,4-D	10,0 µg/L
DDT (p,p'DDT+ p,p'DDE + p,p'DDD)	0,001 µg/L
Demeton (Demeton-O + Demeton-S)	0,1 µg/L
Dodecacloro pentaciclodecano	0,001 µg/L
Endrin	0,004 µg/L
Endossulfan (□ + □ + sulfato)	0,01 µg/L
Etilbenzeno	25,0 µg/L

Fenóis totais (substâncias que reagem com 4-aminoantipirina)	0,003 mg/L C ₆ H ₅ OH
Gution	0,01 µg/L
Heptacloro epóxido + Heptacloro	0,001 µg/L
Lindano (□-HCH)	0,004 µg/L
Malation	0,1 µg/L
Metoxicloro	0,03 µg/L
Monoclorobenzeno	25 µg/L
Paration	0,04 µg/L
Pentaclorofenol	7,9 µg/L
PCBs - Bifenilas Policloradas	0,03 µg/L
Substâncias tensoativas que reagem com azul de metileno	0,2 LAS
2,4,5-T	10,0 µg/L
Tolueno	215 µg/L
Toxafeno	0,0002 µg/L
2,4,5-TP	10,0 µg/L
Tributilestanho	0,010 µg/L TBT
Triclorobenzeno (1,2,3-TCB + 1,2,4-TCB)	80,0 µg/L

III - Nas águas salobras onde ocorrer pesca ou cultivo de organismos, para fins de consumo intensivo, além dos padrões estabelecidos no inciso II deste artigo, aplicam-se os seguintes padrões em substituição ou adicionalmente:

TABELA VIII - CLASSE 1 - ÁGUAS SALOBRAS	
PADRÕES PARA CORPOS DE ÁGUA ONDE HAJA PESCA OU CULTIVO DE ORGANISMOS PARA FINS DE CONSUMO INTENSIVO	
PARÂMETROS INORGÂNICOS	VALOR MÁXIMO
Arsênio total	0,14 µg/L As
PARÂMETROS ORGÂNICOS	VALOR MÁXIMO
Benzeno	51 µg/L
Benzidina	0,0002 µg/L
Benzo(a)antraceno	0,018 µg/L
Benzo(a)pireno	0,018 µg/L
Benzo(b)fluoranteno	0,018 µg/L
Benzo(k)fluoranteno	0,018 µg/L
2-Clorofenol	150 µg/L
Criseno	0,018 µg/L
Dibenzo(a,h)antraceno	0,018 µg/L
2,4-Diclorofenol	290 µg/L
1,1-Dicloroetano	3,0 µg/L

1,2-Dicloroetano	37,0 µg/L
3,3-Diclorobenzidina	0,028 µg/L
Heptacloro epóxido + Heptacloro	0,000039 µg/L
Hexaclorobenzeno	0,00029 µg/L
Indeno(1,2,3-cd)pireno	0,018 µg/L
Pentaclorofenol	3,0 µg/L
PCBs - Bifenilas Policloradas	0,000064 µg/L
Tetracloroetano	3,3 µg/L
Tricloroetano	30 µg/L
2,4,6-Triclorofenol	2,4 µg/L

Art. 22. Aplicam-se às águas salobras de classe 2 as condições e padrões de qualidade da classe 1, previstos no artigo anterior, à exceção dos seguintes:

I - condições de qualidade de água:

a) não verificação de efeito tóxico agudo a organismos, de acordo com os critérios estabelecidos pelo órgão ambiental competente, ou, na sua ausência, por instituições nacionais ou internacionais renomadas, comprovado pela realização de ensaio ecotoxicológico padronizado ou outro método cientificamente reconhecido;

b) carbono orgânico total: até 5,00 mg/L, como C;

c) OD, em qualquer amostra, não inferior a 4 mg/L O₂; e

d) coliformes termotolerantes: não deverá ser excedido um limite de 2500 por 100 mililitros em 80% ou mais de pelo menos 6 amostras coletadas durante o período de um ano, com frequência bimestral. A *E. coli* poderá ser determinada em substituição ao parâmetro coliformes termotolerantes de acordo com limites estabelecidos pelo órgão ambiental competente.

II - Padrões de qualidade de água:

TABELA IX - CLASSE 2 - ÁGUAS SALOBRAS	
PADRÕES	
PARÂMETROS INORGÂNICOS	VALOR MÁXIMO
Arsênio total	0,069 mg/L As
Cádmio total	0,04 mg/L Cd
Chumbo total	0,210 mg/L Pb
Cromo total	1,1 mg/L Cr
Cianeto livre	0,001 mg/L CN
Cloro residual total (combinado + livre)	19,0 µg/L Cl
Cobre dissolvido	7,8 µg/L Cu
Fósforo total	0,186 mg/L P
Mercurio total	1,8 µg/L Hg
Níquel total	74,0 µg/L Ni
Nitrato	0,70 mg/L N
Nitrito	0,20 mg/L N
Nitrogênio amoniacal total	0,70 mg/L N

Polifosfatos (determinado pela diferença entre fósforo ácido hidrolisável total e fósforo reativo total)	0,093 mg/L P
Selênio total	0,29 mg/L Se
Zinco total	0,12 mg/L Zn
PARÂMETROS ORGÂNICOS	VALOR MÁXIMO
Aldrin + Dieldrin	0,03 µg/L
Clordano (cis + trans)	0,09 µg/L
DDT (p-p'DDT + p-p'DDE + p-p'DDD)	0,13 µg/L
Endrin	0,037 µg/L
Heptacloro epóxido+ Heptacloro	0,053 µg/L
Lindano (γ-HCH)	0,160 µg/L
Pentaclorofenol	13,0 µg/L
Toxafeno	0,210 µg/L
Tributilestanho	0,37 µg/L TBT

Art. 23. As águas salobras de classe 3 observarão as seguintes condições e padrões:

I - pH: 5 a 9;

II - OD, em qualquer amostra, não inferior a 3 mg/L O₂;

III - óleos e graxas: toleram-se iridescências;

IV - materiais flutuantes: virtualmente ausentes;

V - substâncias que produzem cor, odor e turbidez: virtualmente ausentes;

VI - substâncias facilmente sedimentáveis que contribuam para o assoreamento de canais de navegação: virtualmente ausentes;

VII - coliformes termotolerantes: não deverá ser excedido um limite de 4.000 coliformes termotolerantes por 100 mL em 80% ou mais de pelo menos 6 amostras coletadas durante o período de um ano, com frequência bimestral. A *E. Coli* poderá ser determinada em substituição ao parâmetro coliformes termotolerantes de acordo com limites estabelecidos pelo órgão ambiental competente; e

VIII - carbono orgânico total até 10,0 mg/L, como C.

CAPÍTULO IV

DAS CONDIÇÕES E PADRÕES DE LANÇAMENTO DE EFLUENTES

~~Art. 24. Os efluentes de qualquer fonte poluidora somente poderão ser lançados, direta ou indiretamente, nos corpos de água, após o devido tratamento e desde que obedeçam às condições, padrões e exigências dispostos nesta Resolução e em outras normas aplicáveis.~~

~~Parágrafo único. O órgão ambiental competente poderá, a qualquer momento:~~

~~I – acrescentar outras condições e padrões, ou torná-los mais restritivos, tendo em vista as condições locais, mediante fundamentação técnica; e~~

~~II – exigir a melhor tecnologia disponível para o tratamento dos efluentes, compatível com as condições do respectivo curso de água superficial, mediante fundamentação técnica.~~

(Revogado pela Resolução 430/2011)

~~Art. 25. É vedado o lançamento e a autorização de lançamento de efluentes em desacordo com as condições e padrões estabelecidos nesta Resolução.~~

~~Parágrafo único. O órgão ambiental competente poderá, excepeionalmente, autorizar o lançamento de efluente acima das condições e padrões estabelecidos no art. 34, desta Resolução, desde que observados os seguintes requisitos:~~

~~I – comprovação de relevante interesse público, devidamente motivado;~~

~~II – atendimento ao enquadramento e às metas intermediárias e finais, progressivas e obrigatórias;~~

~~III – realização de Estudo de Impacto Ambiental-EIA, às expensas do empreendedor responsável pelo lançamento;~~

~~IV – estabelecimento de tratamento e exigências para este lançamento; e~~

~~V – fixação de prazo máximo para o lançamento excepeional.~~

~~(Revogado pela Resolução 430/2011)~~

~~Art. 26. Os órgãos ambientais federal, estaduais e municipais, no âmbito de sua competência, deverão, por meio de norma específica ou no licenciamento da atividade ou empreendimento, estabelecer a carga poluidora máxima para o lançamento de substâncias passíveis de estarem presentes ou serem formadas nos processos produtivos, listadas ou não no art. 34, desta Resolução, de modo a não comprometer as metas progressivas obrigatórias, intermediárias e final, estabelecidas pelo enquadramento para o corpo de água.~~

~~§ 1º No caso de empreendimento de significativo impacto, o órgão ambiental competente exigirá, nos processos de licenciamento ou de sua renovação, a apresentação de estudo de capacidade de suporte de carga do corpo de água receptor.~~

~~§ 2º O estudo de capacidade de suporte deve considerar, no mínimo, a diferença entre os padrões estabelecidos pela classe e as concentrações existentes no trecho desde a montante, estimando a concentração após a zona de mistura.~~

~~§ 3º Sob pena de nulidade da licença expedida, o empreendedor, no processo de licenciamento, informará ao órgão ambiental as substâncias, entre aquelas previstas nesta Resolução para padrões de qualidade de água, que poderão estar contidas no seu efluente.~~

~~§ 4º O disposto no § 1º aplica-se também às substâncias não contempladas nesta Resolução, exceto se o empreendedor não tinha condições de saber de sua existência nos seus efluentes.~~

~~(Revogado pela Resolução 430/2011)~~

~~Art. 27. É vedado, nos efluentes, o lançamento dos Poluentes Orgânicos Persistentes-POPs mencionados na Convenção de Estocolmo, ratificada pelo Decreto Legislativo nº 204, de 7 de maio de 2004.~~

~~Parágrafo único. Nos processos onde possa ocorrer a formação de dioxinas e furanos deverá ser utilizada a melhor tecnologia disponível para a sua redução, até a completa eliminação.~~

~~(Revogado pela Resolução 430/2011)~~

~~Art. 28. Os efluentes não poderão conferir ao corpo de água características em desacordo com as metas obrigatórias progressivas, intermediárias e final, do seu enquadramento.~~

~~§ 1º As metas obrigatórias serão estabelecidas mediante parâmetros.~~

~~§ 2º Para os parâmetros não incluídos nas metas obrigatórias, os padrões de qualidade a serem obedecidos são os que constam na classe na qual o corpo receptor estiver enquadrado.~~

~~§ 3º Na ausência de metas intermediárias progressivas obrigatórias, devem ser obedecidos os padrões de qualidade da classe em que o corpo receptor estiver enquadrado.~~

~~(Revogado pela Resolução 430/2011)~~

~~Art. 29. A disposição de efluentes no solo, mesmo tratados, não poderá causar poluição ou contaminação das águas.~~

~~(Revogado pela Resolução 430/2011)~~

~~Art. 30. No controle das condições de lançamento, é vedada, para fins de diluição antes do seu lançamento, a mistura de efluentes com águas de melhor qualidade, tais como as águas de abastecimento, do mar e de sistemas abertos de refrigeração sem recirculação.~~

(Revogado pela Resolução 430/2011)

~~Art. 31. Na hipótese de fonte de poluição geradora de diferentes efluentes ou lançamentos individualizados, os limites constantes desta Resolução aplicar-se-ão a cada um deles ou ao conjunto após a mistura, a critério do órgão ambiental competente.~~

(Revogado pela Resolução 430/2011)

~~Art. 32. Nas águas de classe especial é vedado o lançamento de efluentes ou disposição de resíduos domésticos, agropecuários, de aquicultura, industriais e de quaisquer outras fontes poluentes, mesmo que tratados.~~

~~§ 1º Nas demais classes de água, o lançamento de efluentes deverá, simultaneamente:~~

~~I – atender às condições e padrões de lançamento de efluentes;~~

~~II – não ocasionar a ultrapassagem das condições e padrões de qualidade de água, estabelecidos para as respectivas classes, nas condições da vazão de referência; e~~

~~III – atender a outras exigências aplicáveis.~~

~~§ 2º No corpo de água em processo de recuperação, o lançamento de efluentes observará as metas progressivas obrigatórias, intermediárias e final.~~

(Revogado pela Resolução 430/2011)

~~Art. 33. Na zona de mistura de efluentes, o órgão ambiental competente poderá autorizar, levando em conta o tipo de substância, valores em desacordo com os estabelecidos para a respectiva classe de enquadramento, desde que não comprometam os usos previstos para o corpo de água.~~

~~Parágrafo único. A extensão e as concentrações de substâncias na zona de mistura deverão ser objeto de estudo, nos termos determinados pelo órgão ambiental competente, às expensas do empreendedor responsável pelo lançamento.~~

(Revogado pela Resolução 430/2011)

~~Art. 34. Os efluentes de qualquer fonte poluidora somente poderão ser lançados, direta ou indiretamente, nos corpos de água desde que obedeçam as condições e padrões previstos neste artigo, resguardadas outras exigências cabíveis:~~

~~§ 1º O efluente não deverá causar ou possuir potencial para causar efeitos tóxicos aos organismos aquáticos no corpo receptor, de acordo com os critérios de toxicidade estabelecidos pelo órgão ambiental competente.~~

~~§ 2º Os critérios de toxicidade previstos no § 1º devem se basear em resultados de ensaios ecotoxicológicos padronizados, utilizando organismos aquáticos, e realizados no efluente.~~

~~§ 3º Nos corpos de água em que as condições e padrões de qualidade previstos nesta Resolução não incluam restrições de toxicidade a organismos aquáticos, não se aplicam os parágrafos anteriores.~~

~~§ 4º Condições de lançamento de efluentes:~~

~~I – pH entre 5 a 9;~~

~~II – temperatura: inferior a 40°C, sendo que a variação de temperatura do corpo receptor não deverá exceder a 3°C na zona de mistura;~~

~~III – materiais sedimentáveis: até 1 mL/L em teste de 1 hora em cone Imhoff. Para o lançamento em lagos e lagoas, cuja velocidade de circulação seja praticamente nula, os materiais sedimentáveis deverão estar virtualmente ausentes;~~

~~IV – regime de lançamento com vazão máxima de até 1,5 vezes a vazão média do período de atividade diária do agente poluidor, exceto nos casos permitidos pela autoridade competente;~~

~~V – óleos e graxas:~~

~~1 – óleos minerais: até 20mg/L;~~

~~2 – óleos vegetais e gorduras animais: até 50mg/L; e~~

~~VI – ausência de materiais flutuantes.~~

§ 5º Padrões de lançamento de efluentes:

TABELA X - LANÇAMENTO DE EFLUENTES	
PADRÕES	
PARÂMETROS INORGÂNICOS	VALOR MÁXIMO
Arsênio total	0,5 mg/L As
Bário total	5,0 mg/L Ba
Boro total	5,0 mg/L B
Cádmio total	0,2 mg/L Cd
Chumbo total	0,5 mg/L Pb
Cianeto total	0,2 mg/L CN
Cobre dissolvido	1,0 mg/L Cu
Cromo total	0,5 mg/L Cr
Estanho total	4,0 mg/L Sn
Ferro dissolvido	15,0 mg/L Fe
Fluoreto total	10,0 mg/L F
Manganês dissolvido	1,0 mg/L Mn
Mercúrio total	0,01 mg/L Hg
Níquel total	2,0 mg/L Ni
Nitrogênio amoniacal total	20,0 mg/L N
Prata total	0,1 mg/L Ag
Selênio total	0,30 mg/L Se
Sulfeto	1,0 mg/L S
Zinco total	5,0 mg/L Zn
PARÂMETROS ORGÂNICOS	VALOR MÁXIMO
Clorofórmio	1,0 mg/L
Dicloroetano	1,0 mg/L
Fenóis totais (substâncias que reagem com 4-aminoantipirina)	0,5 mg/L C ₆ H ₅ OH
Tetracloroeto de Carbono	1,0 mg/L
Tricloroetano	1,0 mg/L

(Revogado pela Resolução 430/2011)

Art. 35. Sem prejuízo do disposto no inciso I, do § 1º do art. 24, desta Resolução, o órgão ambiental competente poderá, quando a vazão do corpo de água estiver abaixo da vazão de referência, estabelecer restrições e medidas adicionais, de caráter excepcional e temporário, aos lançamentos de efluentes que possam, dentre outras consequências:

I - acarretar efeitos tóxicos agudos em organismos aquáticos; ou

II - inviabilizar o abastecimento das populações.

(Revogado pela Resolução 430/2011)

Art. 36. Além dos requisitos previstos nesta Resolução e em outras normas aplicáveis, os efluentes provenientes de serviços de saúde e estabelecimentos nos quais haja despejos infectados com

~~microorganismos patogênicos, só poderão ser lançados após tratamento especial. (Revogado pela Resolução 430/2011)~~

~~Art. 37. Para o lançamento de efluentes tratados no leito seco de corpos de água intermitentes, o órgão ambiental competente definirá, ouvido o órgão gestor de recursos hídricos, condições especiais. (Revogado pela Resolução 430/2011)~~

CAPÍTULO V

DIRETRIZES AMBIENTAIS PARA O ENQUADRAMENTO

Art. 38. O enquadramento dos corpos de água dar-se-á de acordo com as normas e procedimentos definidos pelo Conselho Nacional de Recursos Hídricos-CNRH e Conselhos Estaduais de Recursos Hídricos.

§ 1º O enquadramento do corpo hídrico será definido pelos usos preponderantes mais restritivos da água, atuais ou pretendidos.

§ 2º Nas bacias hidrográficas em que a condição de qualidade dos corpos de água esteja em desacordo com os usos preponderantes pretendidos, deverão ser estabelecidas metas obrigatórias, intermediárias e final, de melhoria da qualidade da água para efetivação dos respectivos enquadramentos, excetuados nos parâmetros que excedam aos limites devido às condições naturais.

§ 3º As ações de gestão referentes ao uso dos recursos hídricos, tais como a outorga e cobrança pelo uso da água, ou referentes à gestão ambiental, como o licenciamento, termos de ajustamento de conduta e o controle da poluição, deverão basear-se nas metas progressivas intermediárias e final aprovadas pelo órgão competente para a respectiva bacia hidrográfica ou corpo hídrico específico.

§ 4º As metas progressivas obrigatórias, intermediárias e final, deverão ser atingidas em regime de vazão de referência, excetuados os casos de baías de águas salinas ou salobras, ou outros corpos hídricos onde não seja aplicável a vazão de referência, para os quais deverão ser elaborados estudos específicos sobre a dispersão e assimilação de poluentes no meio hídrico.

§ 5º Em corpos de água intermitentes ou com regime de vazão que apresente diferença sazonal significativa, as metas progressivas obrigatórias poderão variar ao longo do ano.

§ 6º Em corpos de água utilizados por populações para seu abastecimento, o enquadramento e o licenciamento ambiental de atividades a montante preservarão, obrigatoriamente, as condições de consumo.

CAPÍTULO VI

DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

~~Art. 39. Cabe aos órgãos ambientais competentes, quando necessário, definir os valores dos poluentes considerados virtualmente ausentes.~~

~~(Revogado pela Resolução 430/2011)~~

Art. 40. No caso de abastecimento para consumo humano, sem prejuízo do disposto nesta Resolução, deverão ser observadas, as normas específicas sobre qualidade da água e padrões de potabilidade.

Art. 41. Os métodos de coleta e de análises de águas são os especificados em normas técnicas cientificamente reconhecidas.

Art. 42. Enquanto não aprovados os respectivos enquadramentos, as águas doces serão consideradas classe 2, as salinas e salobras classe 1, exceto se as condições de qualidade atuais forem melhores, o que determinará a aplicação da classe mais rigorosa correspondente.

~~Art. 43. Os empreendimentos e demais atividades poluidoras que, na data da publicação desta Resolução, tiverem Licença de Instalação ou de Operação, expedida e não impugnada, poderão a critério do órgão ambiental competente, ter prazo de até três anos, contados a partir de sua vigência, para se adequarem às condições e padrões novos ou mais rigorosos previstos nesta Resolução.~~

~~§ 1º O empreendedor apresentará ao órgão ambiental competente o cronograma das medidas necessárias ao cumprimento do disposto no *caput* deste artigo.~~

~~§ 2º O prazo previsto no *caput* deste artigo poderá, excepcional e tecnicamente motivado, ser prorrogado por até dois anos, por meio de Termo de Ajustamento de Conduta, ao qual se dará publicidade, enviando-se cópia ao Ministério Público.~~

~~§ 3º As instalações de tratamento existentes deverão ser mantidas em operação com a capacidade, condições de funcionamento e demais características para as quais foram aprovadas, até que se cumpram as disposições desta Resolução.~~

~~§ 4º O descarte contínuo de água de processo ou de produção em plataformas marítimas de petróleo será objeto de resolução específica, a ser publicada no prazo máximo de um ano, a contar da data de publicação desta Resolução, ressalvado o padrão de lançamento de óleos e graxas a ser o definido nos termos do art. 34, desta Resolução, até a edição de resolução específica.~~

(Revogado pela Resolução 430/2011)

~~Art. 44. O CONAMA, no prazo máximo de um ano¹, complementará, onde couber, condições e padrões de lançamento de efluentes previstos nesta Resolução.~~

(Revogado pela Resolução 430/2011)

Art. 45. O não cumprimento ao disposto nesta Resolução acarretará aos infratores as sanções previstas pela legislação vigente.

§ 1º Os órgãos ambientais e gestores de recursos hídricos, no âmbito de suas respectivas competências, fiscalizarão o cumprimento desta Resolução, bem como quando pertinente, a aplicação das penalidades administrativas previstas nas legislações específicas, sem prejuízo do sancionamento penal e da responsabilidade civil objetiva do poluidor.

§ 2º As exigências e deveres previstos nesta Resolução caracterizam obrigação de relevante interesse ambiental.

~~Art. 46. O responsável por fontes potencial ou efetivamente poluidoras das águas deve apresentar ao órgão ambiental competente, até o dia 31 de março de cada ano, declaração de carga poluidora, referente ao ano civil anterior, subscrita pelo administrador principal da empresa e pelo responsável técnico devidamente habilitado, acompanhada da respectiva Anotação de Responsabilidade Técnica.~~

~~§ 1º A declaração referida no *caput* deste artigo conterá, entre outros dados, a caracterização qualitativa e quantitativa de seus efluentes, baseada em amostragem representativa dos mesmos, o estado de manutenção dos equipamentos e dispositivos de controle da poluição.~~

~~§ 2º O órgão ambiental competente poderá estabelecer critérios e formas para apresentação da declaração mencionada no *caput* deste artigo, inclusive, dispensando-a se for o caso para empreendimentos de menor potencial poluidor.~~

(Revogado pela Resolução 430/2011)

Art. 47. Equiparam-se a perito, os responsáveis técnicos que elaborem estudos e pareceres apresentados aos órgãos ambientais.

Art. 48. O não cumprimento ao disposto nesta Resolução sujeitará os infratores, entre outras, às sanções previstas na Lei nº 9.605, de 12 de fevereiro de 1998 e respectiva regulamentação.

Art. 49. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 50. Revoga-se a Resolução CONAMA nº 020, de 18 de junho de 1986.

MARINA SILVA
Presidente do CONAMA

Este texto não substitui o publicado no DOU de 18/03/2005

¹ A Resolução CONAMA 410/09 prorroga por mais 6 meses, a contar de sua data de publicação.



Ministério do Meio Ambiente

GABINETE DA MINISTRA

PORTARIA Nº 163, DE 13 DE MAIO DE 2011

Institui Comitê Técnico para acompanhar, avaliar e propor melhorias referentes aos sistemas de controle do fluxo de produtos e subprodutos florestais.

A MINISTRA DE ESTADO DO MEIO AMBIENTE, no uso de suas atribuições, tendo em vista o disposto na Lei nº 10.683, de 28 de maio de 2003 e

Considerando o processo de descentralização da gestão florestal previsto na Lei nº 11.284, de 2 de março de 2006;

Considerando a Resolução nº 379, de 19 de outubro de 2006, do Conselho Nacional do Meio Ambiente-CONAMA, que obriga a integração dos sistemas de controle da atividade florestal;

Considerando o Acórdão nº 309, de 2009 do Tribunal de Contas da União-TCU referente à auditoria operacional realizada na sistemática de controle do trânsito de produtos florestais no Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis-IBAMA, resolve:

Art. 1º Instituir Comitê Técnico para acompanhar, avaliar e propor melhorias referentes aos sistemas de controle do fluxo de produtos e subprodutos florestais, abrangendo o Sistema DOF e os demais sistemas utilizados nos Estados da Federação, bem com sua integração.

Art. 2º O Comitê será integrado pelos representantes, titulares e suplentes, dos órgãos e entidades a seguir indicados:

I - dois representantes do Ministério do Meio Ambiente, sendo:

- a) um da Secretaria de Biodiversidade e Florestas;
- b) um do Serviço Florestal Brasileiro-SFB;

II - dois representantes do Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis-IBAMA, sendo:

a) um da Diretoria de Uso Sustentável da Biodiversidade e Florestas-DBFLO;

- b) um da Diretoria de Proteção Ambiental-DIPRO;

III - dois representantes da Associação Brasileira de Entidades Estaduais de Meio Ambiente-ABEMA;

V - um representante do Fórum Brasileiro das ONGs e Movimentos Sociais;

VI - um representante do Fórum Nacional das Atividades de Base Florestal;

Parágrafo único. Os representantes de que trata este artigo serão indicados pelos titulares dos respectivos órgãos e entidades e designados mediante Portaria do Ministro de Estado do Meio Ambiente.

Art. 3º Poderão ser convidados a participar até três representantes da sociedade civil ou demais órgãos da Administração Pública, mediante indicação da DBFLO/IBAMA.

Art. 4º A DBFLO/IBAMA coordenará o Comitê Técnico e assegurará o apoio administrativo necessário ao seu funcionamento.

Art. 5º A participação no Comitê não enseja qualquer tipo de remuneração.

Art. 6º O Comitê Técnico apresentará relatórios com periodicidade de cento e oitenta dias, contados a partir da data de publicação desta Portaria, os quais serão objeto de análise da DBFLO/IBAMA.

Art. 7º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

IZABELLA TEIXEIRA

AGÊNCIA NACIONAL DE ÁGUAS

PORTARIA Nº 135, DE 12 DE MAIO DE 2011

O DIRETOR-PRESIDENTE SUBSTITUTO DA AGÊNCIA NACIONAL DE ÁGUAS - ANA, no uso das atribuições que lhe confere o art. 63, III, do Regimento Interno aprovado pela Resolução nº 567, de 17 de agosto de 2009, e tendo em vista o que consta do art. 29, da Resolução nº 532, de 27 de setembro de 2010, torna público que a DIRETORIA COLEGIADA em sua 399ª Reunião Ordinária, realizada em 25 de abril de 2011, resolveu:

Art. 1º Aprovar as propostas de alterações/exclusões das Metas de Avaliação Institucional da Agência Nacional de Águas - ANA estabelecidas pela Portaria nº 225/2010, relativas ao período de 1º de outubro de 2010 a 30 de setembro de 2011, de acordo com as justificativas apresentadas pela Superintendência de Planejamento de Recursos Hídricos - SPR, Superintendência de Administração, Finanças e Gestão de Pessoas - SAF e Superintendência de Implementação de Programas e Projetos - SIP, com base na ocorrência de fatores supervenientes com influência direta na sua execução, validadas pela Comissão de Acompanhamento da Avaliação de Desempenho - CAD, conforme normas em vigor.

Art. 2º As metas em vigor estão disponíveis no sítio da ANA no endereço

<http://www2.ana.gov.br/Paginas/institucional/SobreAna/metasinstitucionais.aspx>

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

DALVINO TROCOLI FRANCA

CONSELHO NACIONAL DO MEIO AMBIENTE

RESOLUÇÃO Nº 430, DE 13 DE MAIO DE 2011

Dispõe sobre as condições e padrões de lançamento de efluentes, complementa e altera a Resolução nº 357, de 17 de março de 2005, do Conselho Nacional do Meio Ambiente-CONAMA.

O CONSELHO NACIONAL DO MEIO AMBIENTE-CO-NAAMA, no uso das competências que lhe são conferidas pelo inciso VII do art. 8º da Lei nº 6.938, de 31 de agosto de 1981, regulamentada pelo Decreto nº 99.274, de 6 de junho de 1990 e suas alterações, tendo em vista o disposto em seu Regimento Interno, Anexo à Portaria nº 168, de 13 de junho de 2005, resolve:

Art. 1º Esta Resolução dispõe sobre condições, parâmetros, padrões e diretrizes para gestão do lançamento de efluentes em corpos de água receptores, alterando parcialmente e complementando a Resolução nº 357, de 17 de março de 2005, do Conselho Nacional do Meio Ambiente-CONAMA.

Parágrafo único. O lançamento indireto de efluentes no corpo receptor deverá observar o disposto nesta Resolução quando verificada a inexistência de legislação ou normas específicas, disposições do órgão ambiental competente, bem como diretrizes da operadora dos sistemas de coleta e tratamento de esgoto sanitário.

Art. 2º A disposição de efluentes no solo, mesmo tratados, não está sujeita aos parâmetros e padrões de lançamento dispostos nesta Resolução, não podendo, todavia, causar poluição ou contaminação das águas superficiais e subterrâneas.

Art. 3º Os efluentes de qualquer fonte poluidora somente poderão ser lançados diretamente nos corpos receptores após o devido tratamento e desde que obedeçam às condições, padrões e exigências dispostos nesta Resolução e em outras normas aplicáveis.

Parágrafo único. O órgão ambiental competente poderá, a qualquer momento, mediante fundamentação técnica:

I - acrescentar outras condições e padrões para o lançamento de efluentes, ou torná-los mais restritivos, tendo em vista as condições do corpo receptor; ou

II - exigir tecnologia ambientalmente adequada e economicamente viável para o tratamento dos efluentes, compatível com as condições do respectivo corpo receptor.

CAPÍTULO I

DAS DEFINIÇÕES

Art. 4º Para efeito desta Resolução adotam-se as seguintes definições, em complementação àquelas contidas no art. 2º da Resolução CONAMA nº 357, de 2005:

I - Capacidade de suporte do corpo receptor: valor máximo de determinado poluente que o corpo hídrico pode receber, sem comprometer a qualidade da água e seus usos determinados pela classe de enquadramento;

II - Concentração de Efeito Não Observado-CENO: maior concentração do efluente que não causa efeito deletério estatisticamente significativo na sobrevivência e reprodução dos organismos, em um determinado tempo de exposição, nas condições de ensaio;

III - Concentração do Efluente no Corpo Receptor-CECR, expressa em porcentagem:

a) para corpos receptores confinados por calhas (rio, córregos, etc):

1. CECR = [(vazão do efluente) / (vazão do efluente + vazão de referência do corpo receptor)] x 100.

b) para áreas marinhas, estuárias e lagos a CECR é estabelecida com base em estudo da dispersão física do efluente no corpo hídrico receptor, sendo a CECR limitada pela zona de mistura definida pelo órgão ambiental;

IV - Concentração Letal Mediana-CL50 ou Concentração Efetiva Mediana-CE50: é a concentração do efluente que causa efeito agudo (letalidade ou imobilidade) a 50% dos organismos, em determinado período de exposição, nas condições de ensaio;

V - Efluente: é o termo usado para caracterizar os despejos líquidos provenientes de diversas atividades ou processos;

VI - Emissário submarino: tubulação provida de sistemas difusores destinada ao lançamento de efluentes no mar, na faixa compreendida entre a linha de base e o limite do mar territorial brasileiro;

VII - Esgotos sanitários: denominação genérica para despejos líquidos residenciais, comerciais, águas de infiltração na rede coletora, os quais podem conter parcela de efluentes industriais e efluentes não domésticos;

VIII - Fator de Toxicidade-FT: número adimensional que expressa a menor diluição do efluente que não causa efeito deletério agudo aos organismos, num determinado período de exposição, nas condições de ensaio;

IX - Lançamento direto: quando ocorre a condução direta do efluente ao corpo receptor;

X - Lançamento indireto: quando ocorre a condução do efluente, submetido ou não a tratamento, por meio de rede coletora que recebe outras contribuições antes de atingir o corpo receptor;

XI - Nível trófico: posição de um organismo na cadeia trófica;

XII - Parâmetro de qualidade do efluente: substâncias ou outros indicadores representativos dos contaminantes toxicologicamente e ambientalmente relevantes do efluente;

XIII - Testes de ecotoxicidade: métodos utilizados para detectar e avaliar a capacidade de um agente tóxico provocar efeito nocivo, utilizando bioindicadores dos grandes grupos de uma cadeia ecológica; e

XIV - Zona de mistura: região do corpo receptor, estimada com base em modelos teóricos aceitos pelo órgão ambiental competente, que se estende do ponto de lançamento do efluente, e delimitada pela superfície em que é atingido o equilíbrio de mistura entre os parâmetros físicos e químicos, bem como o equilíbrio biológico do efluente e os do corpo receptor, sendo específica para cada parâmetro.

CAPÍTULO II

DAS CONDIÇÕES E PADRÕES DE LANÇAMENTO DE EFLUENTES

Seção I

Das Disposições Gerais

Art. 5º Os efluentes não poderão conferir ao corpo receptor características de qualidade em desacordo com as metas obrigatórias progressivas, intermediárias e final, do seu enquadramento.

§ 1º As metas obrigatórias para corpos receptores serão estabelecidas por parâmetros específicos.

§ 2º Para os parâmetros não incluídos nas metas obrigatórias e na ausência de metas intermediárias progressivas, os padrões de qualidade a serem obedecidos no corpo receptor são os que constam na classe na qual o corpo receptor estiver enquadrado.

Art. 6º Excepcionalmente e em caráter temporário, o órgão ambiental competente poderá, mediante análise técnica fundamentada, autorizar o lançamento de efluentes em desacordo com as condições e padrões estabelecidos nesta Resolução, desde que observados os seguintes requisitos:

I - comprovação de relevante interesse público, devidamente motivado;

II - atendimento ao enquadramento do corpo receptor e às metas intermediárias e finais, progressivas e obrigatórias;

III - realização de estudo ambiental tecnicamente adequado, às expensas do empreendedor responsável pelo lançamento;

IV - estabelecimento de tratamento e exigências para este lançamento;

V - fixação de prazo máximo para o lançamento, prorrogável a critério do órgão ambiental competente, enquanto durar a situação que justificou a excepcionalidade aos limites estabelecidos nesta norma; e

VI - estabelecimento de medidas que visem neutralizar os eventuais efeitos do lançamento excepcional.

Art. 7º O órgão ambiental competente deverá, por meio de norma específica ou no licenciamento da atividade ou empreendimento, estabelecer a carga poluidora máxima para o lançamento de substâncias passíveis de estarem presentes ou serem formadas nos processos produtivos, listadas ou não no art. 16 desta Resolução, de modo a não comprometer as metas progressivas obrigatórias, intermediárias e final, estabelecidas para enquadramento do corpo receptor.

§ 1º O órgão ambiental competente poderá exigir, nos processos de licenciamento ou de sua renovação, a apresentação de estudo de capacidade de suporte do corpo receptor.

§ 2º O estudo de capacidade de suporte deve considerar, no mínimo, a diferença entre os padrões estabelecidos pela classe e as concentrações existentes no trecho desde a montante, estimando a concentração após a zona de mistura.

§ 3º O empreendedor, no processo de licenciamento, informará ao órgão ambiental as substâncias que poderão estar contidas no efluente gerado, entre aquelas listadas ou não na Resolução CONAMA nº 357, de 2005 para padrões de qualidade de água, sob pena de suspensão ou cancelamento da licença expedida.

§ 4º O disposto no § 3º não se aplica aos casos em que o empreendedor comprove que não dispunha de condições de saber da existência de uma ou mais substâncias nos efluentes gerados pelos empreendimentos ou atividades.

Art. 8º É vedado, nos efluentes, o lançamento dos Poluentes Orgânicos Persistentes-POPs, observada a legislação em vigor.

Parágrafo único. Nos processos nos quais possam ocorrer a formação de dioxinas e furanos deverá ser utilizada a tecnologia adequada para a sua redução, até a completa eliminação.

Art. 9º No controle das condições de lançamento, é vedada, para fins de diluição antes do seu lançamento, a mistura de efluentes com águas de melhor qualidade, tais como as águas de abastecimento, do mar e de sistemas abertos de refrigeração sem recirculação.

Art. 10. Na hipótese de fonte de poluição geradora de diferentes efluentes ou lançamentos individualizados, os limites constantes desta Resolução aplicar-se-ão a cada um deles ou ao conjunto após a mistura, a critério do órgão ambiental competente.

Art. 11. Nas águas de classe especial é vedado o lançamento de efluentes ou disposição de resíduos domésticos, agropecuários, de aquicultura, industriais e de quaisquer outras fontes poluentes, mesmo que tratados.

Art. 12. O lançamento de efluentes em corpos de água, com exceção daqueles enquadrados na classe especial, não poderá exceder as condições e padrões de qualidade de água estabelecidos para as respectivas classes, nas condições da vazão de referência ou volume disponível, além de atender outras exigências aplicáveis.

Parágrafo único. Nos corpos de água em processo de recuperação, o lançamento de efluentes observará as metas obrigatórias progressivas, intermediárias e final.

Art. 13. Na zona de mistura serão admitidas concentrações de substâncias em desacordo com os padrões de qualidade estabelecidos para o corpo receptor, desde que não comprometam os usos previstos para o mesmo.

Parágrafo único. A extensão e as concentrações de substâncias na zona de mistura deverão ser objeto de estudo, quando determinado pelo órgão ambiental competente, às expensas do empreendedor responsável pelo lançamento.

Art. 14. Sem prejuízo do disposto no inciso I do parágrafo único do art. 3º desta Resolução, o órgão ambiental competente poderá, quando a vazão do corpo receptor estiver abaixo da vazão de referência, estabelecer restrições e medidas adicionais, de caráter excepcional e temporário, aos lançamentos de efluentes que possam, dentre outras consequências:

I - acarretar efeitos tóxicos agudos ou crônicos em organismos aquáticos; ou

II - inviabilizar o abastecimento das populações.

Art. 15. Para o lançamento de efluentes tratados em leito seco de corpos receptores intermitentes, o órgão ambiental competente poderá definir condições especiais, ouvido o órgão gestor de recursos hídricos.

Seção II

Das Condições e Padrões de Lançamento de Efluentes

Art. 16. Os efluentes de qualquer fonte poluidora somente poderão ser lançados diretamente no corpo receptor desde que obedçam as condições e padrões previstos neste artigo, resguardadas outras exigências cabíveis:

I - condições de lançamento de efluentes:

a) pH entre 5 e 9;

b) temperatura: inferior a 40°C, sendo que a variação de temperatura do corpo receptor não deverá exceder a 3°C no limite da zona de mistura;

c) materiais sedimentáveis: até 1 mL/L em teste de 1 hora em cone Imhoff. Para o lançamento em lagos e lagoas, cuja velocidade de circulação seja praticamente nula, os materiais sedimentáveis deverão estar virtualmente ausentes;

d) regime de lançamento com vazão máxima de até 1,5 vez a vazão média do período de atividade diária do agente poluidor, exceto nos casos permitidos pela autoridade competente;

e) óleos e graxas:

1. óleos minerais: até 20 mg/L;

2. óleos vegetais e gorduras animais: até 50 mg/L;

f) ausência de materiais flutuantes; e

g) Demanda Bioquímica de Oxigênio (DBO 5 dias a 20°C): remoção mínima de 60% de DBO sendo que este limite só poderá ser reduzido no caso de existência de estudo de autodepuração do corpo hídrico que comprove atendimento às metas do enquadramento do corpo receptor;

II - Padrões de lançamento de efluentes:

TABELA I	
Parâmetros inorgânicos	Valores máximos
Arsênio total	0,5 mg/L As
Bário total	5,0 mg/L Ba
Boro total (Não se aplica para o lançamento em águas salinas)	5,0 mg/L B
Cádmio total	0,2 mg/L Cd
Chumbo total	0,5 mg/L Pb
Cianeto total	1,0 mg/L CN
Cianeto livre (destilável por ácidos fracos)	0,2 mg/L CN
Cobre dissolvido	1,0 mg/L Cu
Cromo hexavalente	0,1 mg/L Cr+6
Cromo trivalente	1,0 mg/L Cr+3
Estanho total	4,0 mg/L Sn
Ferro dissolvido	15,0 mg/L Fe
Fluoreto total	10,0 mg/L F
Manganês dissolvido	1,0 mg/L Mn
Mercurio total	0,01 mg/L Hg
Níquel total	2,0 mg/L Ni
Nitrogênio amoniacal total	20,0 mg/L N
Prata total	0,1 mg/L Ag
Selênio total	0,30 mg/L Se
Sulfeto	1,0 mg/L S
Zinco total	5,0 mg/L Zn
Parâmetros Orgânicos	Valores máximos
Benzeno	1,2 mg/L
Clorofórmio	1,0 mg/L
Dicloroeteno (somatório de 1,1 + 1,2cis + 1,2 trans)	1,0 mg/L
Estireno	0,07 mg/L
Etilbenzeno	0,84 mg/L
fenóis totais (substâncias que reagem com 4-aminoantipirina)	0,5 mg/L C6H5OH
Tetracloroeto de carbono	1,0 mg/L
Tricloroeteno	1,0 mg/L
Tolueno	1,2 mg/L
Xileno	1,6 mg/L

§ 1º Os efluentes oriundos de sistemas de disposição final de resíduos sólidos de qualquer origem devem atender às condições e padrões definidos neste artigo.

§ 2º Os efluentes oriundos de sistemas de tratamento de esgotos sanitários devem atender às condições e padrões específicos definidos na Seção III desta Resolução.

§ 3º Os efluentes oriundos de serviços de saúde estarão sujeitos às exigências estabelecidas na Seção III desta Resolução, desde que atendidas as normas sanitárias específicas vigentes, podendo:

I - ser lançados em rede coletora de esgotos sanitários conectada a estação de tratamento, atendendo às normas e diretrizes da operadora do sistema de coleta e tratamento de esgoto sanitários; e

II - ser lançados diretamente após tratamento especial.

Art. 17. O órgão ambiental competente poderá definir padrões específicos para o parâmetro fósforo no caso de lançamento de efluentes em corpos receptores com registro histórico de floração de cianobactérias, em trechos onde ocorra a captação para abastecimento público.

Art. 18. O efluente não deverá causar ou possuir potencial para causar efeitos tóxicos aos organismos aquáticos no corpo receptor, de acordo com os critérios de ecotoxicidade estabelecidos pelo órgão ambiental competente.

§ 1º Os critérios de ecotoxicidade previstos no caput deste artigo devem se basear em resultados de ensaios ecotoxicológicos aceitos pelo órgão ambiental, realizados no efluente, utilizando organismos aquáticos de pelo menos dois níveis tróficos diferentes.

§ 2º Cabe ao órgão ambiental competente a especificação das vazões de referência do efluente e do corpo receptor a serem consideradas no cálculo da Concentração do Efluente no Corpo Receptor-CECR, além dos organismos e dos métodos de ensaio a serem utilizados, bem como a frequência de eventual monitoramento.

§ 3º Na ausência de critérios de ecotoxicidade estabelecidos pelo órgão ambiental para avaliar o efeito tóxico do efluente no corpo receptor, as seguintes diretrizes devem ser obedecidas:

I - para efluentes lançados em corpos receptores de água doce Classes 1 e 2, e águas salinas e salobras Classe 1, a Concentração do Efluente no Corpo Receptor-CECR deve ser menor ou igual à Concentração de Efeito Não Observado-CENO de pelo menos dois níveis tróficos, ou seja:

a) CECR deve ser menor ou igual a CENO quando for realizado teste de ecotoxicidade para medir o efeito tóxico crônico; ou

b) CECR deve ser menor ou igual ao valor da Concentração Letal Mediana (CL50) dividida por 10; ou menor ou igual a 30 dividido pelo Fator de Toxicidade (FT) quando for realizado teste de ecotoxicidade para medir o efeito tóxico agudo;

II - para efluentes lançados em corpos receptores de água doce Classe 3, e águas salinas e salobras Classe 2, a Concentração do Efluente no Corpo Receptor-CECR deve ser menor ou igual à concentração que não causa efeito agudo aos organismos aquáticos de pelo menos dois níveis tróficos, ou seja:

a) CECR deve ser menor ou igual ao valor da Concentração Letal Mediana-CL50 dividida por 3 ou menor ou igual a 100 dividido pelo Fator de Toxicidade-FT, quando for realizado teste de ecotoxicidade aguda.

§ 4º A critério do órgão ambiental, com base na avaliação dos resultados de série histórica, poderá ser reduzido o número de níveis tróficos utilizados para os testes de ecotoxicidade, para fins de monitoramento.

§ 5º Nos corpos de água em que as condições e padrões de qualidade previstos na Resolução nº 357, de 2005, não incluam restrições de toxicidade a organismos aquáticos não se aplicam os parágrafos anteriores.

Art. 19. O órgão ambiental competente deverá determinar quais empreendimentos e atividades deverão realizar os ensaios de ecotoxicidade, considerando as características dos efluentes gerados e do corpo receptor.

Art. 20. O lançamento de efluentes efetuado por meio de emissários submarinos deve atender, após tratamento, aos padrões e condições de lançamento previstas nesta Resolução, aos padrões da classe do corpo receptor, após o limite da zona de mistura, e ao padrão de balneabilidade, de acordo com normas e legislação vigentes.

Parágrafo único. A disposição de efluentes por emissário submarino em desacordo com as condições e padrões de lançamento estabelecidos nesta Resolução poderá ser autorizada pelo órgão ambiental competente, conforme previsto nos incisos III e IV do art. 6º, sendo que o estudo ambiental definido no inciso III deverá conter no mínimo:

I - As condições e padrões específicos na entrada do emissário;

II - O estudo de dispersão na zona de mistura, com dois cenários:

a) primeiro cenário: atendimento aos valores preconizados na Tabela I desta Resolução;

b) segundo cenário: condições e padrões propostos pelo empreendedor; e

III - Programa de monitoramento ambiental.

Seção III

Das Condições e Padrões para Efluentes de Sistemas de Tratamento de Esgotos Sanitários

Art. 21. Para o lançamento direto de efluentes oriundos de sistemas de tratamento de esgotos sanitários deverão ser obedecidas as seguintes condições e padrões específicos:

I - Condições de lançamento de efluentes:

a) pH entre 5 e 9;

b) temperatura: inferior a 40°C, sendo que a variação de temperatura do corpo receptor não deverá exceder a 3°C no limite da zona de mistura;

c) materiais sedimentáveis: até 1 mL/L em teste de 1 hora em cone Imhoff. Para o lançamento em lagos e lagoas, cuja velocidade de circulação seja praticamente nula, os materiais sedimentáveis deverão estar virtualmente ausentes;

d) Demanda Bioquímica de Oxigênio-DBO 5 dias, 20°C: máximo de 120 mg/L, sendo que este limite somente poderá ser ultrapassado no caso de efluente de sistema de tratamento com eficiência de remoção mínima de 60% de DBO, ou mediante estudo de autodepuração do corpo hídrico que comprove atendimento às metas do enquadramento do corpo receptor.

e) substâncias solúveis em hexano (óleos e graxas) até 100 mg/L; e

f) ausência de materiais flutuantes.

§ 1º As condições e padrões de lançamento relacionados na Seção II, art. 16, incisos I e II desta Resolução, poderão ser aplicáveis aos sistemas de tratamento de esgotos sanitários, a critério do órgão ambiental competente, em função das características locais, não sendo exigível o padrão de nitrogênio amoniacal total.

§ 2º No caso de sistemas de tratamento de esgotos sanitários que recebam lixiviados de aterros sanitários, o órgão ambiental competente deverá indicar quais os parâmetros da Tabela I do art. 16, inciso II desta Resolução que deverão ser atendidos e monitorados, não sendo exigível o padrão de nitrogênio amoniacal total.

§ 3º Para a determinação da eficiência de remoção de carga poluidora em termos de DBO5,20 para sistemas de tratamento com lagoas de estabilização, a amostra do efluente deverá ser filtrada.

Art. 22. O lançamento de esgotos sanitários por meio de emissários submarinos deve atender aos padrões da classe do corpo receptor, após o limite da zona de mistura e ao padrão de balneabilidade, de acordo com as normas e legislação vigentes.

Parágrafo único. Este lançamento deve ser precedido de tratamento que garanta o atendimento das seguintes condições e padrões específicos, sem prejuízo de outras exigências cabíveis:

I - pH entre 5 e 9;

II - temperatura: inferior a 40°C, sendo que a variação de temperatura do corpo receptor não deverá exceder a 3°C no limite da zona de mistura;

III - após desarenação;

IV - sólidos grosseiros e materiais flutuantes: virtualmente ausentes; e

V - sólidos em suspensão totais: eficiência mínima de remoção de 20%, após desarenação.

Art. 23. Os efluentes de sistemas de tratamento de esgotos sanitários poderão ser objeto de teste de ecotoxicidade no caso de interferência de efluentes com características potencialmente tóxicas ao corpo receptor, a critério do órgão ambiental competente.

§ 1º Os testes de ecotoxicidade em efluentes de sistemas de tratamento de esgotos sanitários têm como objetivo subsidiar ações de gestão da bacia contribuinte aos referidos sistemas, indicando a necessidade de controle nas fontes geradoras de efluentes com características potencialmente tóxicas ao corpo receptor.

§ 2º As ações de gestão serão compartilhadas entre as empresas de saneamento, as fontes geradoras e o órgão ambiental competente, a partir da avaliação criteriosa dos resultados obtidos no monitoramento.

CAPÍTULO III

DIRETRIZES PARA GESTÃO DE EFLUENTES

Art. 24. Os responsáveis pelas fontes poluidoras dos recursos hídricos deverão realizar o automonitoramento para controle e acompanhamento periódico dos efluentes lançados nos corpos receptores, com base em amostragem representativa dos mesmos.

§ 1º O órgão ambiental competente poderá estabelecer critérios e procedimentos para a execução e averiguação do automonitoramento de efluentes e avaliação da qualidade do corpo receptor.

§ 2º Para fontes de baixo potencial poluidor, assim definidas pelo órgão ambiental competente, poderá ser dispensado o automonitoramento, mediante fundamentação técnica.

Art. 25. As coletas de amostras e as análises de efluentes líquidos e em corpos hídricos devem ser realizadas de acordo com as normas específicas, sob responsabilidade de profissional legalmente habilitado.

Art. 26. Os ensaios deverão ser realizados por laboratórios acreditados pelo Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial-INMETRO ou por outro organismo signatário do mesmo acordo de cooperação mútua do qual o INMETRO faça parte ou em laboratórios aceitos pelo órgão ambiental competente.

§ 1º Os laboratórios deverão ter sistema de controle de qualidade analítica implementado.

§ 2º Os laudos analíticos referentes a ensaios laboratoriais de efluentes e de corpos receptores devem ser assinados por profissional legalmente habilitado.

Art. 27. As fontes potencial ou efetivamente poluidoras dos recursos hídricos deverão buscar práticas de gestão de efluentes com vistas ao uso eficiente da água, à aplicação de técnicas para redução da geração e melhoria da qualidade de efluentes gerados e, sempre que possível e adequado, proceder à reutilização.

Parágrafo único. No caso de efluentes cuja vazão original for reduzida pela prática de reuso, ocasionando aumento de concentração de substâncias presentes no efluente para valores em desacordo com as condições e padrões de lançamento estabelecidos na Tabela I do art. 16, desta Resolução, o órgão ambiental competente poderá estabelecer condições e padrões específicos de lançamento, conforme previsto nos incisos II, III e IV do art. 6º, desta Resolução.

Art. 28. O responsável por fonte potencial ou efetivamente poluidora dos recursos hídricos deve apresentar ao órgão ambiental competente, até o dia 31 de março de cada ano, Declaração de Carga Poluidora, referente ao ano anterior.

§ 1º A Declaração referida no caput deste artigo conterá, entre outros dados, a caracterização qualitativa e quantitativa dos efluentes, baseada em amostragem representativa dos mesmos.

§ 2º O órgão ambiental competente poderá definir critérios e informações adicionais para a complementação e apresentação da declaração mencionada no caput deste artigo, inclusive dispensando-a, se for o caso, para as fontes de baixo potencial poluidor.

§ 3º Os relatórios, laudos e estudos que fundamentam a Declaração de Carga Poluidora deverão ser mantidos em arquivo no empreendimento ou atividade, bem como uma cópia impressa da declaração anual subscrita pelo administrador principal e pelo responsável legalmente habilitado, acompanhada da respectiva Anotação de Responsabilidade Técnica, os quais deverão ficar à disposição das autoridades de fiscalização ambiental.



CAPÍTULO IV
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS
Art. 29. Aos empreendimentos e demais atividades poluidoras que, na data da publicação desta Resolução, contarem com licença ambiental expedida, poderá ser concedido, a critério do órgão ambiental competente, prazo de até três anos, contados a partir da publicação da presente Resolução, para se adequarem às condições e padrões novos ou mais rigorosos estabelecidos nesta norma.
§ 1º O empreendedor apresentará ao órgão ambiental competente o cronograma das medidas necessárias ao cumprimento do disposto no caput deste artigo.
§ 2º O prazo previsto no caput deste artigo poderá ser prorrogado por igual período, desde que tecnicamente motivado.
§ 3º As instalações de tratamento de efluentes existentes deverão ser mantidas em operação com a capacidade, condições de funcionamento e demais características para as quais foram aprovadas, até que se cumpram às disposições desta Resolução.
Art. 30. O não cumprimento do disposto nesta Resolução sujeitará os infratores, entre outras, às sanções previstas na Lei nº 9.605, de 12 de fevereiro de 1998, e em seu regulamento.
Art. 31. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.
Art. 32. Revogam-se o inciso XXXVIII do art. 2º, os arts. 24 a 37 e os arts. 39, 43, 44 e 46, da Resolução CONAMA nº 357, de 2005.

IZABELLA TEIXEIRA
Presidente do Conselho

Ministério do Planejamento,
Orçamento e Gestão

SECRETARIA EXECUTIVA

PORTARIA Nº 240, DE 13 DE MAIO DE 2011

A SECRETÁRIA EXECUTIVA DO MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO, no uso de suas atribuições e da delegação de competência que lhe foi concedida pelo art. 1º da Portaria MP/GM nº 36, de 23 de março de 2011, e tendo em vista o disposto no art. 5º, § 1º, do Decreto nº 5.992, de 19 de dezembro de 2006, e o Decreto nº 7.446, de 1º de março de 2011, resolve:

Art. 1º Subdelegar competência aos titulares das Unidades Estaduais da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, abaixo relacionadas, para no âmbito de suas Unidades, concederem diárias, passagens e locomoção, observada a legislação vigente:

I - Unidade Estadual do IBGE no Acre;
II - Unidade Estadual do IBGE no Alagoas;
III - Unidade Estadual do IBGE no Amapá;
IV - Unidade Estadual do IBGE no Amazonas;
V - Unidade Estadual do IBGE na Bahia;
VI - Unidade Estadual do IBGE no Ceará;

VII - Unidade Estadual do IBGE no Distrito Federal;
VIII - Unidade Estadual do IBGE no Espírito Santo;
IX - Unidade Estadual do IBGE no Maranhão;
X - Unidade Estadual do IBGE no Mato Grosso;
XI - Unidade Estadual do IBGE no Mato Grosso do Sul;
XII - Unidade Estadual do IBGE em Minas Gerais;
XIII - Unidade Estadual do IBGE no Pará;
XIV - Unidade Estadual do IBGE na Paraíba;
XV - Unidade Estadual do IBGE no Paraná;
XVI - Unidade Estadual do IBGE em Pernambuco;
XVII - Unidade Estadual do IBGE no Piauí;
XVIII - Unidade Estadual do IBGE no Rio de Janeiro;
XIX - Unidade Estadual do IBGE no Rio Grande do Norte;
XX - Unidade Estadual do IBGE no Rio Grande do Sul;
XXI - Unidade Estadual do IBGE em Rondônia;
XXII - Unidade Estadual do IBGE em Roraima;
XXIII - Unidade Estadual do IBGE em Santa Catarina;
XXIV - Unidade Estadual do IBGE em São Paulo;
XXV - Unidade Estadual do IBGE em Sergipe;
XXVI - Unidade Estadual do IBGE em Tocantins; e
XXVII - Unidade Estadual do IBGE em Goiás.
Art. 2º A concessão de diárias, passagens e locomoção deverá estar vinculada ao calendário das pesquisas estruturais e conjunturais de competência do IBGE, determinado pelo seu Presidente, e de acordo com os limites estabelecidos pela Portaria GM/MP nº 68, de 3 de maio de 2011.
Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

IRANETH RODRIGUES MONTEIRO

SECRETARIA DE ORÇAMENTO FEDERAL

PORTARIA Nº 24, DE 11 DE MAIO DE 2011

Institui procedimentos para solicitação de modificações em receitas orçamentárias.

A SECRETÁRIA DE ORÇAMENTO FEDERAL, no uso das atribuições estabelecidas no art. 17, incisos II e VIII, do Anexo I do Decreto nº 7.063, de 13 de janeiro de 2010, e tendo em vista o disposto no art. 43, §§ 1º, inciso II, e 3º da Lei nº 4.320 de 17 de março de 1964, e no art. 12 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, e

Considerando que o aperfeiçoamento do processo de alocação de recursos impõe o constante acompanhamento das reestimativas de receitas orçamentárias da União, resolve:

Art. 1º A Secretaria de Orçamento Federal - SOF elaborará a estimativa dasreceitas próprias e vinculadas do Governo Federal e as publicará no endereço eletrônico www.portalsof.planejamento.gov.br.

Art. 2º Eventual solicitação de alteração dessas estimativas por iniciativa deunidades orçamentárias ou órgãos setoriais deverá ser registrada em formulário próprio, a ser encaminhado à Secretaria Adjunta de Assuntos Fiscais - SEAFI/SOF por meio do e-mail receitas.sof@planejamento.gov.br e também por Ofício emitido e assinado pelo titular da Coordenação de Planejamento, Orçamento e Finanças ou equivalente.

§ 1º Considera-se alteração de estimativa, para fins deste artigo, qualquer necessidade de se proceder à inclusão, exclusão ou modificação dos valores previstos ou da classificação orçamentária da receita publicados pela SOF na forma do art. 1º desta Portaria.

§ 2º O formulário a que se refere o caput deste artigo se encontra no Anexo I e estará disponibilizado no endereço eletrônico citado no art. 1º desta Portaria.

§ 3º O manual de preenchimento do formulário a que se refere o § 2º encontra-se no Anexo II e estará disponibilizado no endereço eletrônico citado no art. 1º desta Portaria.

§ 4º O titular de órgão que emitir Ofício na forma deste artigo atesta a veracidade das alterações que solicitar, para fins de responsabilização junto a órgãos de controle e fiscalização.

§ 5º A observância do procedimento descrito neste artigo é requisito de admissibilidade da análise de alteração das estimativas de receita, mas não gera direito subjetivo ao órgão solicitante de ter o pleito atendido pela SOF.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor a partir da data de sua publicação.

CÉLIA CORRÊA

ANEXO I

Formulário para Solicitar Alteração da Previsão das Receitas Orçamentárias

Formulário para Solicitar Alteração da Previsão das Receitas Orçamentárias (Art. 43, §§ 1º, inciso II, e 3º da Lei nº 4.320 de 17 de março de 1964, e art. 12 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000)			
1.	Órgão:		
2.	Unidade:		
3.	Fonte de Recursos (Código/Descrição):		
4.	Natureza de Receita (Código/Descrição):		
5.	Valor da Receita Consignado na LOA:		
6.	PREVISÃO de Arrecadação de Receita: *Valores em R\$		
	MESES	EXERCÍCIO CORRENTE	PRÓXIMO EXERCÍCIO
		VALORES ARRECADADOSNO EXERCÍCIO	REESTIMATIVA DE RECEITAPARA O EXERCÍCIO
	Janeiro		PREVISÃO DE ARRECAÇÃO
	Fevereiro		
	Março		
	Abril		
	Maio		
	Junho		
	Julho		
	Agosto		
	Setembro		
	Outubro		
	Novembro		
	Dezembro		
	TOTAL		
7.	Metodologia da Previsão de Receita:		
8.	Memória de Cálculo:		
9.	Justificativa para Solicitar a Alteração da Previsão:		
10.	Nome do Responsável:		
11.	CPF Nº:		
	12 - Assinatura:		

MINISTÉRIO DA SAÚDE
AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
DIRETORIA COLEGIADA
RESOLUÇÃO - RDC Nº 222, DE 28 DE MARÇO DE 2018

Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências.

Ficha Técnica

Série Histórica

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso da atribuição que lhe confere o art. 15, III e IV aliado ao art. 7º, III, e IV, da Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, e ao art. 53, V, §§ 1º e 3º do Regimento Interno aprovado nos termos do Anexo I da Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 61, de 3 de fevereiro de 2016, resolve adotar a seguinte Resolução da Diretoria Colegiada, conforme deliberado em reunião realizada em 20 de março de 2018, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES INICIAIS

Seção I

Objetivo

Art. 1º Esta Resolução dispõe sobre os requisitos de Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde.

Seção II

Abrangência

Art. 2º Esta Resolução se aplica aos geradores de resíduos de serviços de saúde- RSS cujas atividades envolvam qualquer etapa do gerenciamento dos RSS, sejam eles públicos e privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa.

§ 1º Para efeito desta resolução, definem-se como geradores de RSS todos os serviços cujas atividades estejam relacionadas com a atenção à saúde humana ou animal, inclusive os serviços de assistência domiciliar; laboratórios analíticos de produtos para saúde; necrotérios, funerárias e serviços onde se realizem atividades de embalsamamento (tanatopraxia e somatoconservação); serviços de medicina legal; drogarias e farmácias, inclusive as de manipulação; estabelecimentos de ensino e pesquisa na área de saúde; centros de controle de zoonoses;

distribuidores de produtos farmacêuticos, importadores, distribuidores de materiais e controles para diagnóstico in vitro;

unidades móveis de atendimento à saúde; serviços de acupuntura;

serviços de piercing e tatuagem, salões de beleza e estética, dentre outros afins.

§ 2º Esta Resolução não se aplica a fontes radioativas seladas, que devem seguir as determinações da Comissão Nacional de Energia Nuclear - CNEN, e às indústrias de produtos sob vigilância sanitária, que devem observar as condições específicas do seu licenciamento ambiental.

Seção III

Definições

Art. 3º Para efeito desta Resolução são adotadas as seguintes definições:

I. abrigo externo: ambiente no qual ocorre o armazenamento externo dos coletores de resíduos;

II. abrigo temporário: ambiente no qual ocorre o armazenamento temporário dos coletores de resíduos;

III. acondicionamento: ato de embalar os resíduos segregados em sacos ou recipientes que evitem vazamentos, e quando couber, sejam resistentes às ações de punctura, ruptura e tombamento, e que sejam adequados física e quimicamente ao conteúdo acondicionado;

IV. agentes biológicos: microrganismos capazes ou não de originar algum tipo de infecção, alergia ou toxicidade no corpo humano, tais como: bactérias, fungos, vírus, clamídias, riquetsias, micoplasmas, parasitas e outros agentes, linhagens celulares, príons e toxinas;

V. armazenamento externo: guarda dos coletores de resíduos em ambiente exclusivo, com acesso facilitado para a coleta externa;

VI. armazenamento interno: guarda do resíduo contendo produto químico ou rejeito radioativo na área de trabalho, em condições definidas pela legislação e normas aplicáveis a essa atividade;

VII. armazenamento temporário: guarda temporária dos coletores de resíduos de serviços de saúde, em ambiente próximo aos pontos de geração, visando agilizar a coleta no interior das instalações e otimizar o deslocamento entre os pontos geradores e o ponto destinado à apresentação para coleta externa;

VIII. aterro de resíduos perigosos - Classe I: local de disposição final de resíduos perigosos no solo, sem causar danos ou riscos à saúde pública, minimizando os impactos ambientais e utilizando procedimentos específicos de engenharia para o confinamento destes;

IX. carcaça de animal: produto de retalhação de animal;

X. cadáver de animal: corpo animal após a morte;

XI. classe de risco 1 (baixo risco individual e para a comunidade): agentes biológicos conhecidos por não causarem doenças no homem ou nos animais adultos sadios;

XII. classe de risco 2 (moderado risco individual e limitado risco para a comunidade): inclui os agentes biológicos que provocam infecções no homem ou nos animais, cujo potencial de propagação na comunidade e de disseminação no meio ambiente é limitado, e para os quais existem medidas terapêuticas e profiláticas eficazes;

XIII. classe de risco 3 (alto risco individual e moderado risco para a comunidade): inclui os agentes biológicos que possuem capacidade de transmissão por via respiratória e que causam patologias humanas ou animais, potencialmente letais, para as quais existem usualmente medidas de tratamento ou de prevenção. Representam risco se disseminados na comunidade e no meio ambiente, podendo se propagar de pessoa a pessoa;

XIV. classe de risco 4 (elevado risco individual e elevado risco para a comunidade): classificação do Ministério da Saúde que inclui agentes biológicos que representam grande ameaça para o ser humano e para os animais, implicando grande risco a quem os manipula, com grande poder de transmissibilidade de um indivíduo a outro, não existindo medidas preventivas e de tratamento para esses agentes;

XV. coleta e transporte externos: remoção dos resíduos de serviços de saúde do abrigo externo até a unidade de tratamento ou outra destinação, ou disposição final ambientalmente adequada, utilizando-se de técnicas que garantam a preservação das condições de acondicionamento;

XVI. coletor: recipiente utilizado para acondicionar os sacos com resíduos;

XVII. coletor com rodas ou carro de coleta: recipiente com rodas utilizado para acondicionar e transportar internamente os sacos com resíduos;

XVIII. compostagem: processo biológico que acelera a decomposição do material orgânico, tendo como produto final o composto orgânico;

XIX. decaimento radioativo: desintegração natural de um núcleo atômico por meio da emissão de energia em forma de radiação;

XX. destinação final ambientalmente adequada: destinação de resíduos que inclui a reutilização, a reciclagem, a compostagem, a recuperação e o aproveitamento energético ou outras destinações admitidas pelos órgãos competentes do Sistema Nacional do Meio Ambiente (Sisnama), do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) e do Sistema Unificado de Atenção à Sanidade Agropecuária (Suasa), entre elas a disposição final ambientalmente adequada, observando normas operacionais específicas de modo a evitar danos ou riscos à saúde pública e à segurança e a minimizar os impactos ambientais adversos;

XXI. disposição final ambientalmente adequada: distribuição ordenada de rejeitos em aterros, observando normas operacionais específicas de modo a evitar danos ou riscos à saúde pública e à segurança e a minimizar os impactos ambientais adversos;

XXII. equipamento de proteção individual (EPI): dispositivo ou produto de uso individual utilizado pelo trabalhador, destinado à proteção de riscos suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho;

XXIII. equipamento de proteção coletiva (EPC): dispositivos ou produtos de uso coletivo utilizados pelo trabalhador, destinados à proteção de riscos suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho e de terceiros;

XXIV. ficha de informações de segurança de produtos químicos (FISPQ): ficha que contém informações essenciais detalhadas dos produtos químicos, especialmente sua identificação, seu fornecedor, sua classificação, sua periculosidade, as medidas de precaução e os procedimentos em caso de emergência;

XXV. fonte radioativa selada: fonte radioativa encerrada hermeticamente em uma cápsula, ou ligada totalmente a material inativo envolvente, de forma que não possa haver dispersão de substância radioativa em condições normais e severas de uso;

XXVI. forma livre: saturação de um líquido em um resíduo que o absorva ou o contenha, de forma que possa produzir gotejamento, vazamento ou derramamento espontaneamente ou sob compressão mínima;

XXVII. gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde: conjunto de procedimentos de gestão, planejados e implementados a partir de bases científicas, técnicas, normativas e legais, com o objetivo de minimizar a geração de resíduos e proporcionar um encaminhamento seguro, de forma eficiente, visando à proteção dos trabalhadores e a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente;

XXVIII. hemoderivados: produtos oriundos do sangue total ou do plasma, obtidos por meio de processamento físico-químico ou biotecnológico;

XXIX. identificação dos resíduos de serviços de saúde: conjunto de medidas que permite o reconhecimento dos riscos presentes nos resíduos acondicionados, de forma clara e legível em tamanho proporcional aos sacos, coletores e seus ambientes de armazenamento, conforme disposto no Anexo II desta Resolução;

XXX. instalação radiativa: unidade ou serviço no qual se produzam, processam, manuseiam, utilizam, transportam ou armazenam fontes de radiação, excetuando-se as Instalações Nucleares definidas em norma da Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN);

XXXI. licença ambiental: ato administrativo pelo qual o órgão ambiental competente estabelece as condições, restrições e medidas de controle ambiental que devem ser obedecidas para localizar, instalar, ampliar e operar empreendimentos ou atividades utilizadores dos recursos ambientais considerados efetiva ou potencialmente poluidoras ou aquelas que, sob qualquer forma, possam causar degradação ambiental;

XXXII. licença sanitária: documento emitido pelo órgão sanitário competente dos Estados, Distrito Federal ou dos Municípios, contendo permissão para o funcionamento dos estabelecimentos que exerçam atividades sob regime de vigilância sanitária;

XXXIII. líquidos corpóreos: líquidos originados no corpo humano, limitados para fins desta resolução, em líquidos cefalorraquidiano, pericárdico, pleural, articular, ascítico e amniótico;

XXXIV. logística reversa: instrumento de desenvolvimento econômico e social caracterizado por um conjunto de ações, procedimentos e meios destinados a viabilizar a coleta e a restituição dos resíduos sólidos ao setor empresarial, para reaproveitamento, em seu ciclo ou em outros ciclos produtivos, ou outra destinação final ambientalmente adequada;

XXXV. Manejo dos resíduos de serviços de saúde: atividade de manuseio dos resíduos de serviços de saúde, cujas etapas são a segregação, acondicionamento, identificação, transporte interno, armazenamento temporário, armazenamento externo, coleta interna, transporte externo, destinação e disposição final ambientalmente adequada dos resíduos de serviços de saúde;

XXXVI. metal pesado: qualquer substância ou composto contendo antimônio, cádmio, cromo (IV), chumbo, estanho, mercúrio, níquel, prata, selênio, telúrio e tálio;

XXXVII. nível de dispensa: valor estabelecido por norma da Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN), tal que fontes de radiação com concentração de atividade ou atividade total igual ou inferior a esse valor podem ser dispensadas de controle regulatório e ser liberado pelas vias convencionais, sob os aspectos de proteção radiológica;

XXXVIII. nível III de inativação microbiana: processo físico ou outros processos para a redução ou eliminação da carga microbiana, tendo como resultado a inativação de bactérias vegetativas, fungos, vírus lipofílicos e hidrofílicos, parasitas e micobactérias com redução igual ou maior que 6Log10, e inativação de esporos do *B. stearothermophilus* ou de esporos do *B. subtilis* com redução igual ou maior que 4Log10;

XXXIX. patogenicidade: é a capacidade que tem o agente infeccioso de, uma vez instalado no organismo do homem e dos animais, produzir sintomas em maior ou menor proporção dentre os hospedeiros infectados;

XL. periculosidade: qualidade ou estado de ser perigoso;

XLI. plano de gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde (PGRSS): documento que aponta e descreve todas as ações relativas ao gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde, observadas suas características e riscos, contemplando os aspectos referentes à geração, identificação, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, destinação e disposição final ambientalmente adequada, bem como as ações de proteção à saúde pública, do trabalhador e do meio ambiente;

XLII. plano de proteção radiológica (PPR): documento exigido para fins de licenciamento de instalações radiativas, pela Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN);

XLIII. prion: estrutura proteica alterada relacionada como agente etiológico das diversas formas de encefalite espongiforme;

XLIV. produto para diagnóstico de uso in vitro: reagentes, padrões, calibradores, controles, materiais, artigos e instrumentos, junto com as instruções para seu uso, que contribuem para realizar uma determinação qualitativa, quantitativa ou semiquantitativa de uma amostra biológica e que não estejam destinados a cumprir função anatômica, física ou terapêutica alguma, que não sejam ingeridos, injetados ou inoculados em seres humanos e que são utilizados unicamente para provar informação sobre amostras obtidas do organismo humano;

XLV. quimioterápicos antineoplásicos: produtos químicos que atuam ao nível celular com potencial de produzirem genotoxicidade, citotoxicidade, mutagenicidade, carcinogenicidade e teratogenicidade;

XLVI. reciclagem: processo de transformação dos resíduos sólidos que envolve a alteração de suas propriedades físicas, físico-químicas ou biológicas, com vistas à transformação em insumos ou novos produtos;

XLVII. recipiente vazio de medicamento: embalagem primária de medicamentos usada em sua preparação ou administração, que tenha sido esvaziado em decorrência da total utilização ou transferência de seu conteúdo deste para outro recipiente;

XLVIII. redução de carga microbiana: aplicação de processo que visa à inativação microbiana das cargas biológicas contidas nos resíduos;

XLIX. rejeitos: resíduos sólidos que, depois de esgotadas todas as possibilidades de tratamento e recuperação por processos tecnológicos disponíveis e economicamente viáveis, não apresente outra possibilidade que não a disposição final ambientalmente adequada;

L. rejeito radioativo: material que contenha radionuclídeo em quantidade superior aos limites de dispensa especificados nas normas da Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN), para o qual a reutilização é imprópria ou não prevista;

LI. resíduos de serviços de saúde (RSS): todos os resíduos resultantes das atividades exercidas pelos geradores de resíduos de serviços de saúde, definidos nesta Resolução;

LII. resíduo perigoso: aquele que, em razão de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade, toxicidade, patogenicidade, carcinogenicidade, teratogenicidade e mutagenicidade, apresenta significativo risco à saúde pública ou à qualidade ambiental ou à saúde do trabalhador, de acordo com lei, regulamento ou norma técnica;

LIII. resíduo sólido: material, substância, objeto ou bem descartado, resultante de atividades humanas em sociedade, a cuja destinação se propõe proceder ou se está obrigado a proceder, nos estados sólido ou semissólido, bem como gases contidos em recipientes e líquidos cujas particularidades tornem inviável o seu lançamento na rede pública de esgotos ou em corpos d'água, ou exijam para isso soluções técnica ou economicamente inviáveis em face da melhor tecnologia disponível;

LIV. resíduos de serviços de saúde do Grupo A: resíduos com a possível presença de agentes biológicos que, por suas características, podem apresentar risco de infecção, elencados no Anexo I desta Resolução;

LV. resíduos de serviços de saúde do Grupo B: resíduos contendo produtos químicos que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade, elencados no Anexo I desta Resolução;

LVI. resíduos de serviços de saúde do Grupo C: rejeitos radioativos, elencados no Anexo I desta Resolução;

LVII. resíduos de serviços de saúde do Grupo D: resíduos que não apresentam risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares, elencados no Anexo I desta Resolução;

LVIII. resíduos de serviços de saúde do Grupo E: resíduos perfurocortantes ou escarificantes, tais como: lâminas de barbear, agulhas, escalpes, ampolas de vidro, brocas, limas endodônticas, fios ortodônticos cortados, próteses bucais metálicas inutilizadas, pontas diamantadas, lâminas de bisturi, lancetas, tubos capilares, micropipetas, lâminas e laminulas, espátulas e todos os utensílios de vidro quebrados no laboratório (pipetas, tubos de coleta sanguínea e placas de Petri), elencados no Anexo I desta Resolução;

LIX. reutilização: processo de aproveitamento dos resíduos sólidos sem sua transformação biológica, física ou físico-química;

LX. sala de utilidades: ambiente destinado à limpeza, desinfecção e guarda dos materiais e roupas utilizados na assistência ao usuário do serviço e guarda temporária de resíduos;

LXI. segregação: separação dos resíduos, conforme a classificação dos Grupos estabelecida no Anexo I desta Resolução, no momento e local de sua geração, de acordo com as características físicas, químicas, biológicas, o seu estado físico e os riscos envolvidos;

LXII. transporte interno: traslado dos resíduos dos pontos de geração até o abrigo temporário ou o abrigo externo.

LXIII. tratamento: Etapa da destinação que consiste na aplicação de processo que modifique as características físicas, químicas ou biológicas dos resíduos, reduzindo ou eliminando o risco de dano ao meio ambiente ou à saúde pública;

LXIV. unidade geradora de resíduos de serviço de saúde: unidade funcional dentro do serviço no qual é gerado o resíduo.

CAPÍTULO II

DO PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Art. 4º O gerenciamento dos RSS deve abranger todas as etapas de planejamento dos recursos físicos, dos recursos materiais e da capacitação dos recursos humanos envolvidos.

Art. 5º Todo serviço gerador deve dispor de um Plano de Gerenciamento de RSS (PGRSS), observando as regulamentações federais, estaduais, municipais ou do Distrito Federal.

§ 1º Para obtenção da licença sanitária, caso o serviço gere exclusivamente resíduos do Grupo D, o PGRSS pode ser substituído por uma notificação desta condição ao órgão de vigilância sanitária competente, seguindo as orientações locais.

§ 2º Caso o serviço gerador possua instalação radiativa, adicionalmente, deve atender às regulamentações específicas da CNEN.

§ 3º Os novos geradores de resíduos terão prazo de 180 (cento e oitenta) dias, a partir do início do funcionamento, para apresentar o PGRSS.

Art. 6º No PGRSS, o gerador de RSS deve:

I - estimar a quantidade dos RSS gerados por grupos, conforme a classificação do Anexo I desta resolução;

II - descrever os procedimentos relacionados ao gerenciamento dos RSS quanto à geração, à segregação, ao acondicionamento, à identificação, à coleta, ao armazenamento, ao transporte, ao tratamento e à disposição final ambientalmente adequada;

III - estar em conformidade com as ações de proteção à saúde pública, do trabalhador e do meio ambiente;

IV - estar em conformidade com a regulamentação sanitária e ambiental, bem como com as normas de coleta e transporte dos serviços locais de limpeza urbana;

V - quando aplicável, contemplar os procedimentos locais definidos pelo processo de logística reversa para os diversos RSS;

VI - estar em conformidade com as rotinas e processos de higienização e limpeza vigentes no serviço gerador de RSS;

VII - descrever as ações a serem adotadas em situações de emergência e acidentes decorrentes do gerenciamento dos RSS;

VIII - descrever as medidas preventivas e corretivas de controle integrado de vetores e pragas urbanas, incluindo a tecnologia utilizada e a periodicidade de sua implantação;

IX - descrever os programas de capacitação desenvolvidos e implantados pelo serviço gerador abrangendo todas as unidades geradoras de RSS e o setor de limpeza e conservação;

X - apresentar documento comprobatório da capacitação e treinamento dos funcionários envolvidos na prestação de serviço de limpeza e conservação que atuem no serviço, próprios ou terceiros de todas as unidades geradoras;

XI - apresentar cópia do contrato de prestação de serviços e da licença ambiental das empresas prestadoras de serviços para a destinação dos RSS; e

XII - apresentar documento comprobatório de operação de venda ou de doação dos RSS destinados à recuperação, à reciclagem, à compostagem e à logística reversa.

Parágrafo único. Os documentos referidos nos incisos X e XII devem ser mantidos arquivados, em meio físico ou eletrônico, por no mínimo cinco anos, para fins de inspeção sanitária, a critério da autoridade sanitária competente.

Art. 7º O PGRSS deve ser monitorado e mantido atualizado, conforme periodicidade definida pelo responsável por sua elaboração e implantação.

Art. 8º O estabelecimento que possua serviços geradores de RSS com licenças sanitárias individualizadas deve ter PGRSS único que contemple todos os serviços existentes.

Parágrafo único. Nas edificações não hospitalares nas quais houver serviços individualizados, os respectivos RSS dos Grupos A e E podem ter o armazenamento externo de forma compartilhada.

Art. 9º O serviço gerador de RSS deve manter cópia do PGRSS disponível para consulta dos órgãos de vigilância sanitária ou ambientais, dos funcionários, dos pacientes ou do público em geral.

Art. 10 O serviço gerador de RSS é responsável pela elaboração, implantação, implementação e monitoramento do PGRSS.

Parágrafo único. A elaboração, a implantação e o monitoramento do PGRSS pode ser terceirizada.

CAPÍTULO III

DAS ETAPAS DO MANEJO

Seção I

Segregação, acondicionamento e identificação

Art. 11 Os RSS devem ser segregados no momento de sua geração, conforme classificação por Grupos constante no Anexo I desta Resolução, em função do risco presente.

Art. 12 Quando, no momento da geração de RSS, não for possível a segregação de acordo com os diferentes grupos, os coletores e os sacos devem ter seu manejo com observância das regras relativas à classificação do Anexo I desta Resolução.

Art. 13 Os RSS no estado sólido, quando não houver orientação específica, devem ser acondicionados em saco constituído de material resistente a ruptura, vazamento e impermeável.

§ 1º Devem ser respeitados os limites de peso de cada saco, assim como o limite de 2/3 (dois terços) de sua capacidade, garantindo-se sua integridade e fechamento.

§ 2º É proibido o esvaziamento ou reaproveitamento dos sacos.

Art. 14 Os sacos para acondicionamento de RSS do grupo A devem ser substituídos ao atingirem o limite de 2/3 (dois terços) de sua capacidade ou então a cada 48 (quarenta e oito) horas, independentemente do volume, visando o conforto ambiental e a segurança dos usuários e profissionais.

Parágrafo único. Os sacos contendo RSS do grupo A de fácil putrefação devem ser substituídos no máximo a cada 24 (vinte e quatro) horas, independentemente do volume.

Art. 15 Os RSS do Grupo A que não precisam ser obrigatoriamente tratados e os RSS após o tratamento são considerados rejeitos e devem ser acondicionados em saco branco leitoso.

Parágrafo único. Os rejeitos, tratados ou não, acondicionados em sacos brancos leitosos devem ser encaminhados para disposição final ambientalmente adequada.

Art. 16 Quando houver a obrigação do tratamento dos RSS do Grupo A, estes devem ser acondicionados em sacos vermelhos.

Parágrafo único. O saco vermelho pode ser substituído pelo saco branco leitoso sempre que as regulamentações estaduais, municipais ou do Distrito Federal exigirem o tratamento indiscriminado de todos os RSS do Grupo A, exceto para acondicionamento dos RSS do subgrupo A5.

Art. 17 O coletor do saco para acondicionamento dos RSS deve ser de material liso, lavável, resistente à punctura, ruptura, vazamento e tombamento, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados.

§ 1º O coletor não necessitará de tampa para fechamento sempre que ocorrer a substituição imediata do saco para acondicionamento após a realização de cada procedimento.

§ 2º Após sua substituição, o saco para acondicionamento usado deve ser fechado e transferido para o carro de coleta.

Art. 18 Os RSS líquidos devem ser acondicionados em recipientes constituídos de material compatível com o líquido armazenado, resistentes, rígidos e estanques, com tampa que garanta a contenção do RSS e identificação conforme o Anexo II desta resolução.

Art. 19 Os recipientes de acondicionamento para RSS químicos no estado sólido devem ser constituídos de material rígido, resistente, compatível com as características do produto químico acondicionado e identificados conforme o Anexo II desta Resolução.

Art. 20 Os rejeitos radioativos devem ser acondicionados conforme procedimentos definidos pelo supervisor de proteção radiológica, com certificado de qualificação emitido pela CNEN, ou equivalente de acordo com normas da CNEN, na área de atuação correspondente.

Art. 21 Os RSS do Grupo D devem ser acondicionados de acordo com as orientações dos órgãos locais responsáveis pelo serviço de limpeza urbana.

Art. 22 A identificação dos RSS deve estar afixada nos carros de coleta, nos locais de armazenamento e nos sacos que acondicionam os resíduos.

§ 1º Os sacos que acondicionam os RSS do Grupo D não precisam ser identificados.

§ 2º A identificação de que trata este artigo deve estar afixada em local de fácil visualização, de forma clara e legível, utilizando-se símbolos e expressões descritos no Anexo II, cores e frases, e outras exigências relacionadas à identificação de conteúdo e à periculosidade específica de cada grupo de RSS.

§ 3º A identificação dos sacos para acondicionamento deve estar impressa, sendo vedado o uso de adesivo.

Art. 23 Os RSS gerados pelos serviços de atenção domiciliar, devem ser acondicionados e recolhidos pelos próprios agentes de atendimento ou por pessoa treinada para a atividade e encaminhados à destinação final ambientalmente adequada.

Parágrafo único. O transporte destes RSS pode ser feito no próprio veículo utilizado para o atendimento e deve ser realizado em coletores de material resistente, rígido, identificados e com sistema de fechamento dotado de dispositivo de vedação, garantindo a estanqueidade e o não tombamento.

Art. 24 O descarte de produtos para saúde oriundos de explante deve seguir o disposto na Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 15, de 2012, ou outra que vier a substituí-la.

Seção II

Coleta e transporte interno

Art. 25 O transporte interno dos RSS deve ser realizado atendendo a rota e a horários previamente definidos, em coletor identificado de acordo com o Anexo II desta Resolução.

Art. 26 O coletor utilizado para transporte interno deve ser constituído de material liso, rígido, lavável, impermeável, provido de tampa articulada ao próprio corpo do equipamento, cantos e bordas arredondados.

Parágrafo Único. Os coletores com mais de quatrocentos litros de capacidade devem possuir válvula de dreno no fundo.

Seção III

Armazenamento interno, temporário e externo

Art. 27 No armazenamento temporário e externo de RSS é obrigatório manter os sacos acondicionados dentro de coletores com a tampa fechada.

Art. 28 Os procedimentos para o armazenamento interno devem ser descritos e incorporados ao PGRSS do serviço.

Parágrafo único. A coleta e o transporte externo dos RSS devem ser compatíveis com os Planos Municipais e do Distrito Federal de Gestão Integrada de Resíduos Sólidos e com as demais normativas aplicáveis.

Art. 29 O abrigo temporário de RSS deve:

- I - ser provido de pisos e paredes revestidos de material resistente, lavável e impermeável;
- II - possuir ponto de iluminação artificial e de água, tomada elétrica alta e ralo sifonado com tampa;
- III - quando provido de área de ventilação, esta deve ser dotada de tela de proteção contra roedores e vetores;
- IV - ter porta de largura compatível com as dimensões dos coletores; e
- V - estar identificado como "ABRIGO TEMPORÁRIO DE RESÍDUOS".

Art. 30 O armazenamento temporário pode ser dispensado no caso em que o fluxo de recolhimento e transporte justifique.

Art. 31 A sala de utilidades ou expurgo pode ser compartilhada para o armazenamento temporário dos RSS dos Grupos A, E e D, devendo ser compatível com a área a ser ocupada pelos coletores em uso.

Parágrafo único. Na hipótese descrita no caput, a sala de utilidades ou expurgo deve conter também a identificação com a inscrição "ABRIGO TEMPORÁRIO DE RESÍDUOS".

Art. 32 RSS de fácil putrefação devem ser submetidos a método de conservação em caso de armazenamento por período superior a vinte e quatro horas.

Art. 33 O gerenciamento de rejeitos radioativos, grupo C, deve obedecer ao Plano de Proteção Radiológica do Serviço, as Normas da CNEN e demais normas aplicáveis.

Art. 34 O abrigo externo deve ter, no mínimo, um ambiente para armazenar os coletores dos RSS do Grupo A, podendo também conter os RSS do grupo E, e outro ambiente exclusivo para armazenar os coletores de RSS do grupo D.

Art. 35 O abrigo externo deve:

- I - permitir fácil acesso às operações do transporte interno;
- II - permitir fácil acesso aos veículos de coleta externa;
- III - ser dimensionado com capacidade de armazenagem mínima equivalente à ausência de uma coleta regular, obedecendo à frequência de coleta de cada grupo de RSS;
- IV - ser construído com piso, paredes e teto de material resistente, lavável e de fácil higienização, com aberturas para ventilação e com tela de proteção contra acesso de vetores;
- V - ser identificado conforme os Grupos de RSS armazenados;
- VI - ser de acesso restrito às pessoas envolvidas no manejo de RSS;
- VII - possuir porta com abertura para fora, provida de proteção inferior contra roedores e vetores, com dimensões compatíveis com as dos coletores utilizados;
- VIII - ter ponto de iluminação;
- IX - possuir canaletas para o escoamento dos efluentes de lavagem, direcionadas para a rede de esgoto, com ralo sifonado com tampa;
- X - possuir área coberta para pesagem dos RSS, quando couber;
- XI - possuir área coberta, com ponto de saída de água, para higienização e limpeza dos coletores utilizados.

Art. 36 O abrigo externo dos RSS do Grupo B deve, ainda:

- I - respeitar a segregação das categorias de RSS químicos e incompatibilidade química, conforme os Anexos III e IV desta Resolução;
- II - estar identificado com a simbologia de risco associado à periculosidade do RSS químico, conforme Anexo II desta Resolução;

III - possuir caixa de retenção a montante das canaletas para o armazenamento de RSS líquidos ou outra forma de contenção validada;

IV - possuir sistema elétrico e de combate a incêndio, que atendam os requisitos de proteção estabelecidos pelos órgãos competentes.

Art. 37 É proibido o armazenamento dos coletores em uso fora de abrigos.

Parágrafo Único. O armazenamento interno de RSS químico ou rejeito radioativo pode ser feito no local de trabalho onde foram gerados.

Seção IV

Coleta e transporte externos

Art. 38 Os veículos de transporte externo dos RSS não podem ser dotados de sistema de compactação ou outro sistema que danifique os sacos contendo os RSS, exceto para os RSS do Grupo D.

Art. 39 O transporte externo de rejeitos radioativos, deve seguir normas específicas, caso existam e as normas da CNEN.

Seção V

Destinação

Art. 40 Os RSS que não apresentam risco biológico, químico ou radiológico podem ser encaminhados para reciclagem, recuperação, reutilização, compostagem, aproveitamento energético ou logística reversa.

Art. 41 Os rejeitos que não apresentam risco biológico, químico ou radiológico devem ser encaminhados para disposição final ambientalmente adequada.

Art. 42 As embalagens primárias vazias de medicamentos cujas classes farmacêuticas constem no Art. 59 desta Resolução devem ser descartadas como rejeitos e não precisam de tratamento prévio à sua destinação.

Art. 43 Sempre que não houver indicação específica, o tratamento do RSS pode ser realizado dentro ou fora da unidade geradora.

Parágrafo único. Os RSS tratados devem ser considerados como rejeitos.

Art. 44 O tratamento dos RSS que apresentem múltiplos riscos deve obedecer à seguinte sequência:

I - na presença de risco radiológico associado, armazenar para decaimento da atividade do radionuclídeo até que o nível de dispensa seja atingido;

II - na presença de risco biológico associado contendo agente biológico classe de risco 4, encaminhar para tratamento; e

III - na presença de riscos químico e biológico, o tratamento deve ser compatível com ambos os riscos associados.

Parágrafo único. Após o tratamento, o símbolo de identificação relativo ao risco do resíduo tratado deve ser retirado.

Art. 45 A destinação dos medicamentos recolhidos ou apreendidos, objetos de ações de fiscalização sanitária, deve seguir a determinação prevista no art. 59 desta Resolução.

Parágrafo Único. É responsabilidade do serviço providenciar o tratamento previsto no Art. 59 desta resolução.

CAPÍTULO IV

DO GERENCIAMENTO DOS GRUPOS DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Seção I

Resíduos de Serviços de Saúde do Grupo A - Subgrupo A1

Art. 46 As culturas e os estoques de microrganismos; os resíduos de fabricação de produtos biológicos, exceto os de medicamentos hemoderivados; os meios de cultura e os instrumentais utilizados para transferência, inoculação ou mistura de culturas; e os resíduos de laboratórios de manipulação genética devem ser tratados.

§ 1º Devem ser submetidos a tratamento, utilizando processos que vierem a ser validados para a obtenção de redução ou eliminação da carga microbiana, em equipamento compatível com Nível III de inativação microbiana.

§ 2º As culturas e os estoques de microrganismos, bem como os meios de cultura e os instrumentais utilizados para transferência, inoculação ou mistura de culturas contendo microrganismos das classes de risco 1 e 2 podem ser tratados fora da unidade geradora, desde que este tratamento ocorra nas dependências do serviço de saúde.

§ 3º As culturas e os estoques de microrganismos, bem como os meios de cultura e os instrumentais utilizados para transferência, inoculação ou mistura de culturas contendo microrganismos das classes de risco 3 e 4 devem ser tratados na unidade geradora.

§ 4º Estes RSS devem ser acondicionados de maneira compatível com o processo de tratamento.

§ 5º Após o tratamento, os rejeitos devem ser encaminhados para disposição final ambientalmente adequada.

Art. 47 Os RSS resultantes de atividades de vacinação com microrganismos vivos, atenuados ou inativados incluindo frascos de vacinas com expiração do prazo de validade, com conteúdo inutilizado ou com restos do produto e seringas, quando desconectadas, devem ser tratados antes da disposição final ambientalmente adequada.

Parágrafo Único. As agulhas e o conjunto seringa-agulha utilizadas na aplicação de vacinas, quando não desconectadas, devem atender às regras de manejo dos resíduos perfurocortantes.

Art. 48 Os RSS resultantes da atenção à saúde de indivíduos ou animais com suspeita ou certeza de contaminação biológica por agentes classe de risco 4, por microrganismos com relevância epidemiológica e risco de disseminação, causadores de doença emergente que se tornem epidemiologicamente importantes, ou cujos mecanismos de transmissão sejam desconhecidos, devem ser tratados antes da disposição final ambientalmente adequada.

Art. 49 As bolsas de sangue e de hemocomponentes rejeitadas por contaminação, por má conservação, com prazo de validade vencido e oriundas de coleta incompleta; as sobras de amostras de laboratório contendo sangue ou líquidos corpóreos; bem como os recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, contendo sangue ou líquidos corpóreos na forma livre, devem ser tratados antes da disposição final ambientalmente adequada.

§ 1º As sobras de amostras de laboratório contendo sangue ou líquidos corpóreos podem ser descartadas diretamente no sistema de coleta de esgotos, desde que atendam respectivamente as regras estabelecidas pelos órgãos ambientais e pelos serviços de saneamento competentes.

§ 2º Caso o tratamento venha a ser realizado fora da unidade geradora ou do serviço, estes RSS devem ser acondicionados em saco vermelho e transportados em recipiente rígido, impermeável, resistente à punctura, ruptura, vazamento, com tampa provida de controle de fechamento e identificado.

Seção II

Resíduos de Serviços de Saúde do Grupo A - Subgrupo A2

Art. 50 Os RSS do Subgrupo A2 devem ser tratados antes da disposição final ambientalmente adequada.

§ 1º Os RSS referidos no caput devem ser acondicionados de maneira compatível com o processo de tratamento.

§ 2º O tratamento pode ser realizado fora da unidade geradora, desde que ocorra nas dependências do serviço.

§ 3º Quando houver necessidade de outra solução, em função do porte do animal, deve haver autorização prévia dos órgãos de saúde e ambiental competentes.

§ 4º Após o tratamento, os rejeitos devem ser acondicionados em saco branco leitoso e identificados com a inscrição "PEÇAS ANATÔMICAS DE ANIMAIS".

Art. 51 Os RSS do Subgrupo A2 contendo microrganismos com alto risco de transmissibilidade, alto potencial de letalidade ou que representem risco caso sejam disseminados no meio ambiente, devem ser submetidos, na unidade geradora, a tratamento que atenda ao Nível III de Inativação Microbiana.

Parágrafo único. Quando houver necessidade de outra solução, em função do porte do animal, deve haver autorização prévia dos órgãos de saúde e ambiental competentes.

Seção III

Resíduos de Serviços de Saúde do Grupo A - Subgrupo A3

Art. 52 Os RSS do Subgrupo A3 devem ser destinados para sepultamento, cremação, incineração ou outra destinação licenciada pelo órgão ambiental competente.

Parágrafo único. Quando forem encaminhados para incineração, os RSS devem ser acondicionados em sacos vermelhos e identificados com a inscrição "PEÇAS ANATÔMICAS".

Seção IV

Resíduos de Serviços de Saúde do Grupo A - Subgrupo A4

Art. 53 Os RSS do Subgrupo A4 não necessitam de tratamento prévio.

Parágrafo único. Os RSS do Subgrupo A4 devem ser acondicionados em saco branco leitoso e encaminhados para a disposição final ambientalmente adequada.

Art. 54 Os cadáveres e as carcaças de animais podem ter acondicionamento e transporte diferenciados, conforme o porte do animal, de acordo com a regulamentação definida pelos órgãos ambientais e sanitários.

Seção V

Resíduos de Serviços de Saúde do Grupo A - Subgrupo A5

Art. 55 Os RSS do Subgrupo A5 devem ser encaminhados para tratamento por incineração.

Parágrafo único. Os RSS referidos no caput devem ser segregados e acondicionados em saco vermelho duplo, como barreira de proteção, e contidos em recipiente exclusivo devidamente identificado.

Seção VI

Resíduos de Serviços de Saúde do Grupo B

Art. 56 O gerenciamento dos RSS do Grupo B deve observar a periculosidade das substâncias presentes, decorrentes das características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade.

Parágrafo único. As características dos produtos químicos estão identificadas nas Fichas de Informações de Segurança de Produtos Químicos (FISPQ), não se aplicando aos produtos farmacêuticos e cosméticos.

Art. 57 Os RSS do Grupo B, no estado sólido e com características de periculosidade, sempre que considerados rejeitos, devem ser dispostos em aterro de resíduos perigosos - Classe I.

Art. 58 Os RSS do Grupo B com características de periculosidade, no estado líquido, devem ser submetidos a tratamento antes da disposição final ambientalmente adequada.

§ 1º Quando submetidos a processo de solidificação devem ser destinados conforme o risco presente.

§ 2º É vedado o encaminhamento de RSS na forma líquida para disposição final em aterros sanitários.

Art. 59 Os resíduos de medicamentos contendo produtos hormonais e produtos antimicrobianos; citostáticos; antineoplásicos; imunossuppressores; digitálicos, imunomoduladores; anti-retrovirais, quando descartados por serviços assistenciais de saúde, farmácias, drogarias e distribuidores de medicamentos ou apreendidos, devem ser submetidos a tratamento ou dispostos em aterro de resíduos perigosos - Classe I.

Art. 60 Para o acondicionamento dos RSS do Grupo B devem ser observadas as incompatibilidades químicas descritas no Anexos IV e V desta Resolução.

Parágrafo único. Os RSS do Grupo B destinados à recuperação ou reutilização devem ser acondicionados em recipientes individualizados, observados os requisitos de segurança e compatibilidade.

Art. 61 As embalagens e os materiais contaminados por produtos químicos, exceto as embalagens primárias vazias de medicamentos cujas classes farmacêuticas constem no Art. 59 desta Resolução, devem ser submetidos ao mesmo manejo do produto químico que os contaminou.

§ 1º As embalagens primárias vazias podem ser utilizadas para acondicionamento de RSS do Grupo B, observada a compatibilidade química, conforme Anexo IV desta Resolução.

§ 2º As embalagens primárias vazias de produtos químicos com algum tipo de periculosidade, submetidas à limpeza com técnicas validadas ou reconhecidas, são consideradas rejeitos e devem ser encaminhadas para disposição final ambientalmente adequada.

§ 3º Somente as embalagens vazias de produtos químicos sem periculosidade podem ser encaminhadas para processos de reciclagem.

Art. 62 As embalagens secundárias de medicamentos não contaminadas devem ser descaracterizadas quanto às informações de rotulagem, podendo ser encaminhadas para reciclagem.

Art. 63 As excretas de pacientes tratados com quimioterápicos antineoplásicos podem ser lançadas em rede coletora de esgotos sanitários,

conectada à estação de tratamento, desde que atendam às normas e diretrizes da concessionária do sistema de coleta e tratamento de esgotos sanitários ou lançadas diretamente em corpos hídricos após tratamento próprio no serviço.

Art. 64 Os medicamentos hemoderivados devem ter seu manejo como resíduo do Grupo B sem periculosidade.

Art. 65 Os resíduos de produtos e insumos farmacêuticos sujeitos a controle especial devem atender à regulamentação sanitária em vigor.

Art. 66 Os reveladores utilizados em radiologia devem ser tratados, podendo ser submetidos a processo de neutralização para alcançarem pH entre 7 e 9 e serem posteriormente lançados na rede coletora de esgoto com tratamento, atendendo às determinações dos órgãos de meio ambiente e do serviço de saneamento.

Art. 67 Os fixadores usados em radiologia, quando não submetidos a processo de recuperação da prata, devem ser encaminhados para tratamento antes da disposição final ambientalmente adequada.

Art. 68 Os RSS sólidos contendo metais pesados, quando não submetidos a tratamento devem ser dispostos em aterro de resíduos perigosos - Classe I, conforme orientação do órgão ambiental competente.

Parágrafo único. O descarte de pilhas, baterias, acumuladores de carga e lâmpadas fluorescentes deve ser feito de acordo com as normas ambientais vigentes.

Art. 69 A destinação dos RSS líquidos contendo metais pesados acima dos limites de descarte deve obedecer as orientações dos órgãos ambientais competentes.

Parágrafo único. Os RSS contendo mercúrio (Hg) na forma líquida devem ser acondicionados em recipientes sob selo d'água e encaminhados para recuperação ou para outra destinação que esteja de acordo com as regras definidas pelo órgão ambiental competente.

Art. 70 Os RSS do Grupo B que não apresentem periculosidade à saúde pública ou ao meio ambiente não necessitam de tratamento, podendo ser submetidos a processo de recuperação ou reutilização.

Art. 71 A destinação dos resíduos dos equipamentos automatizados e dos reagentes de laboratórios clínicos, incluindo os produtos para diagnóstico de uso in vitro deve considerar todos os riscos presentes, conforme normas ambientais vigentes.

Seção VII

Resíduos de Serviços de Saúde do Grupo C - Rejeitos Radioativos

Art. 72 Os rejeitos radioativos devem ser segregados de acordo com o radionuclídeo ou natureza da radiação, estado físico, concentração e taxa de exposição.

Art. 73 Os recipientes de acondicionamento de rejeitos radioativos devem ser adequados às características físicas, químicas, biológicas e radiológicas dos rejeitos, possuir vedação e ter o seu conteúdo identificado, conforme especificado nas normas vigentes.

Art. 74 Os RSS químicos radioativos devem ser acondicionados em coletores próprios, identificados quanto aos riscos radiológico e químico presentes, e armazenados no local de decaimento até atingir o limite de dispensa.

Art. 75 Os RSS perfurocortantes radioativos devem ser transportados do local de geração até o local de armazenamento para decaimento em recipiente blindado.

Parágrafo único. É vedada a separação do conjunto seringa agulha contendo radionuclídeos, assim como reencape manual de agulhas.

Art. 76 Os rejeitos radioativos devem ser armazenados em condições adequadas, para o decaimento do elemento radioativo, podendo ser realizado na própria sala de manipulação ou em sala específica, identificada como "SALA DE DECAIMENTO".

Parágrafo único. O armazenamento de rejeitos radioativos líquidos deve ser feito sobre bacia de contenção, bandeja, recipiente ou material absorvente com capacidade de conter ou absorver o dobro do volume do líquido presente na embalagem.

Art. 77 Os RSS de fácil putrefação contaminados com radionuclídeos, depois de acondicionados e identificados como rejeito radioativo, devem ser mantidos sob refrigeração ou por outro processo que evite a decomposição, durante o período de armazenamento para decaimento.

Art. 78 As sobras de alimentos provenientes de pacientes submetidos à terapia com iodo 131, depois de acondicionadas, devem ter seu nível de radiação medido.

§1º Quando os valores de atividade ou de concentração de atividade forem superiores aos níveis de dispensa, o RSS deve ser considerado como rejeito radioativo e deve observar as condições de conservação de RSS de fácil putrefação.

§2º Como alternativa ao disposto no §1º, as sobras destes alimentos podem ser trituradas na sala de decaimento ou nas instalações sanitárias do quarto terapêutico, e posteriormente direcionadas para a rede coletora de esgotos com tratamento.

§ 3º Quando os valores de atividade ou de concentração de atividade forem inferiores ou iguais aos níveis de dispensa, os resíduos sólidos podem ser descartados como resíduos do Grupo D e os resíduos líquidos na rede coletora de esgotos com tratamento.

Art. 79 Quando o processo de decaimento do elemento radioativo atingir o nível do limite de dispensa estabelecido pelas normas vigentes, o rótulo de "REJEITO RADIOATIVO" deve ser retirado, permanecendo a identificação dos demais riscos presentes.

Parágrafo único. A retirada da identificação de risco radiológico deve ser precedida de medição da radiação.

Seção VIII

Resíduos de Serviços de Saúde do Grupo D

Art. 80 Os RSS do Grupo D, quando não encaminhados para reutilização, recuperação, reciclagem, compostagem, logística reversa ou aproveitamento energético, devem ser classificados como rejeitos.

§ 1º Os rejeitos sólidos devem ser dispostos conforme as normas ambientais vigentes.

§ 2º Os efluentes líquidos podem ser lançados em rede coletora de esgotos.

Art. 81 O lançamento de rejeitos líquidos em rede coletora de esgotos, conectada à estação de tratamento, deve atender às normas ambientais e às diretrizes do serviço de saneamento.

Parágrafo único. Quando não houver acesso à sistema de coleta e tratamento de esgoto por empresa de saneamento, estes efluentes devem ser tratados em sistema ambientalmente licenciado antes do lançamento em corpo receptor.

Art. 82 Artigos e materiais utilizados na área de trabalho, incluindo vestimentas e Equipamento de Proteção Individual (EPI), desde que não apresentem sinais ou suspeita de contaminação química, biológica ou radiológica, podem ter seu manejo realizado como RSS do Grupo D.

Art. 83 Os procedimentos de segregação, acondicionamento e identificação dos coletores dos resíduos do Grupo D, para fins de reciclagem, devem estar descritos no PGRSS.

Art. 84 Só podem ser destinados para compostagem forrações de animais de biotérios que não tenham risco biológico associado, os resíduos de flores, podas de árvores, jardinagem, sobras de alimentos e de seu pré-preparo, restos alimentares de refeitórios e restos alimentares de pacientes que não estejam em isolamento.

Art. 85 Os restos e sobras de alimentos só podem ser utilizados como ração animal, se forem submetidos a processo que garanta a inocuidade do composto, com a concordância do órgão competente do Ministério da Agricultura e de Vigilância Sanitária.

Seção IX

Resíduos de Serviços de Saúde do Grupo E

Art. 86 Os materiais perfurocortantes devem ser descartados em recipientes identificados, rígidos, providos com tampa, resistentes à punctura, ruptura e vazamento.

Art. 87 Os recipientes de acondicionamento dos RSS do Grupo E devem ser substituídos de acordo com a demanda ou quando o nível de preenchimento atingir 3/4 (três quartos) da capacidade ou de acordo com as instruções do fabricante, sendo proibidos seu esvaziamento manual e seu reaproveitamento.

Parágrafo único. Admite-se o emprego de tecnologia que promova o esvaziamento automatizado de recipientes plásticos específicos com posterior descontaminação, possibilitando sua reutilização.

Art. 88 Os RSS do Grupo E, quando contaminados por agentes biológicos, químicos e substâncias radioativas, devem ter seu manejo de acordo com cada classe de risco associada.

Parágrafo único. O recipiente de acondicionamento deve conter a identificação de todos os riscos presentes.

Art. 89 As seringas e agulhas, inclusive as usadas na coleta laboratorial de amostra de doadores e de pacientes, e os demais materiais perfurocortantes que não apresentem risco químico, biológico ou radiológico não necessitam de tratamento prévio à disposição final ambientalmente adequada.

Parágrafo único. É permitida a separação do conjunto seringa agulha com auxílio de dispositivos de segurança, sendo vedada a desconexão e o reencape manual de agulhas.

CAPÍTULO V

DA SEGURANÇA OCUPACIONAL

Art. 90 O serviço deve garantir que os trabalhadores sejam avaliados periodicamente, seguindo a legislação específica, em relação à saúde ocupacional, mantendo registros desta avaliação.

Art. 91 O serviço deve manter um programa de educação continuada para os trabalhadores e todos os envolvidos nas atividades de gerenciamento de resíduos, mesmo os que atuam temporariamente, que contemplem os seguintes temas:

I - sistema adotado para o gerenciamento dos RSS;

II - prática de segregação dos RSS;

III - símbolos, expressões, padrões de cores adotadas para o gerenciamento de RSS;

IV - localização dos ambientes de armazenamento e dos abrigos de RSS;

V - ciclo de vida dos materiais;

VI - regulamentação ambiental, de limpeza pública e de vigilância sanitária, relativas aos RSS;

VII - definições, tipo, classificação e risco no manejo dos RSS;

VIII - formas de reduzir a geração de RSS e reutilização de materiais;

IX - responsabilidades e tarefas;

X - identificação dos grupos de RSS;

XI - utilização dos coletores dos RSS;

XII - uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e Coletiva (EPC);

XIII - biossegurança;

XIV - orientações quanto à higiene pessoal e dos ambientes;

XV - orientações especiais e treinamento em proteção radiológica quando houver rejeitos radioativos;

XVI - providências a serem tomadas em caso de acidentes e de situações emergenciais;

XVII - visão básica do gerenciamento dos resíduos sólidos no município ou Distrito Federal;

XVIII - noções básicas de controle de infecção e de contaminação química; e

XIX - conhecimento dos instrumentos de avaliação e controle do PGRSS.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 92 Fica revogada a Resolução da Diretoria Colegiada RDC Anvisa nº 306, de 7 de dezembro de 2004, a partir da entrada em vigor desta Resolução.

Art. 93 Fica revogado o item 7 do Anexo 2 da Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 305, de 14 de novembro de 2002.

Art. 94 O descumprimento das disposições contidas nesta Resolução constitui infração sanitária, nos termos da Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, sem prejuízo das responsabilidades civil, administrativa e penal cabíveis.

Art. 95 Esta Resolução entra em vigor 180 (cento e oitenta) dias a partir da data da sua publicação.

JARBAS BARBOSA DA SILVA JR.

ANEXO I

CLASSIFICAÇÃO DOS RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

GRUPO A

Resíduos com a possível presença de agentes biológicos que, por suas características, podem apresentar risco de infecção.

Subgrupo A1

- Culturas e estoques de micro-organismos; resíduos de fabricação de produtos biológicos, exceto os medicamentos hemoderivados; descarte de vacinas de microrganismos vivos, atenuados ou inativados; meios de cultura e instrumentais utilizados para transferência, inoculação ou mistura de culturas; resíduos de laboratórios de manipulação genética.

- Resíduos resultantes da atividade de ensino e pesquisa ou atenção à saúde de indivíduos ou animais, com suspeita ou certeza de contaminação biológica por agentes classe de risco 4, microrganismos com relevância epidemiológica e risco de disseminação ou causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido.

- Bolsas transfusionais contendo sangue ou hemocomponentes rejeitadas por contaminação ou por má conservação, ou com prazo de validade vencido, e aquelas oriundas de coleta incompleta.

- Sobras de amostras de laboratório contendo sangue ou líquidos corpóreos, recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, contendo sangue ou líquidos corpóreos na forma livre.

Subgrupo A2

- Carcaças, peças anatômicas, vísceras e outros resíduos provenientes de animais submetidos a processos de experimentação com inoculação de microrganismos, bem como suas forrações, e os cadáveres de animais suspeitos de serem portadores de microrganismos de relevância epidemiológica e com risco de disseminação, que foram submetidos ou não a estudo anatomopatológico ou confirmação diagnóstica.

Subgrupo A3

- Peças anatômicas (membros) do ser humano; produto de fecundação sem sinais vitais, com peso menor que 500 gramas ou estatura menor que 25 centímetros ou idade gestacional menor que 20 semanas, que não tenham valor científico ou legal e não tenha havido requisição pelo paciente ou seus familiares.

Subgrupo A4

- Kits de linhas arteriais, endovenosas e dialisadores, quando descartados.

- Filtros de ar e gases aspirados de área contaminada;

membrana filtrante de equipamento médico-hospitalar e de pesquisa, entre outros similares.

- Sobras de amostras de laboratório e seus recipientes contendo fezes, urina e secreções, provenientes de pacientes que não contenham e nem sejam suspeitos de conter agentes classe de risco 4, e nem apresentem relevância epidemiológica e risco de disseminação, ou microrganismo causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido ou com suspeita de contaminação com príons.

- Resíduos de tecido adiposo proveniente de lipoaspiração, lipoescultura ou outro procedimento de cirurgia plástica que gere este tipo de resíduo.

- Recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, que não contenha sangue ou líquidos corpóreos na forma livre.

- Peças anatômicas (órgãos e tecidos), incluindo a placenta, e outros resíduos provenientes de procedimentos cirúrgicos ou de estudos anatomopatológicos ou de confirmação diagnóstica.

- Cadáveres, carcaças, peças anatômicas, vísceras e outros resíduos provenientes de animais não submetidos a processos de experimentação com inoculação de microrganismos.

- Bolsas transfusionais vazias ou com volume residual póstransfusão.

Subgrupo A5

Órgãos, tecidos e fluidos orgânicos de alta infectividade para príons, de casos suspeitos ou confirmados, bem como quaisquer materiais resultantes da atenção à saúde de indivíduos ou animais, suspeitos ou confirmados, e que tiveram contato com órgãos, tecidos e fluidos de alta infectividade para príons.

- Tecidos de alta infectividade para príons são aqueles assim definidos em documentos oficiais pelos órgãos sanitários competentes.

Referência: World Health Organization, 2010. WHO Tables on Tissue Infectivity Distribution in Transmissible Spongiform Encephalopathies.

GRUPO B

Resíduos contendo produtos químicos que apresentam periculosidade à saúde pública ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade, toxicidade, carcinogenicidade, teratogenicidade, mutagenicidade e quantidade.

- Produtos farmacêuticos

- Resíduos de saneantes, desinfetantes, desinfestantes;

resíduos contendo metais pesados; reagentes para laboratório, inclusive os recipientes contaminados por estes.

- Efluentes de processadores de imagem (reveladores e fixadores).

- Efluentes dos equipamentos automatizados utilizados em análises clínicas.

- Demais produtos considerados perigosos: tóxicos, corrosivos, inflamáveis e reativos.

GRUPO C

Qualquer material que contenha radionuclídeo em quantidade superior aos níveis de dispensa especificados em norma da CNEN e para os quais a reutilização é imprópria ou não prevista.

- Enquadra-se neste grupo o rejeito radioativo, proveniente de laboratório de pesquisa e ensino na área da saúde, laboratório de análise clínica, serviço de medicina nuclear e radioterapia, segundo Resolução da CNEN e Plano de Proteção Radiológica aprovado para a instalação radiativa.

GRUPO D

Resíduos que não apresentam risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares.

- Papel de uso sanitário e fralda, absorventes higiênicos, peças descartáveis de vestuário, gorros e máscaras descartáveis, resto alimentar de paciente, material utilizado em antisepsia e hemostasia de venóclises, luvas de procedimentos que não entraram em contato com sangue ou

líquidos corpóreos, equipo de soro, abaixadores de língua e outros similares não classificados como A1.

- Sobras de alimentos e do preparo de alimentos.
- Resto alimentar de refeitório.
- Resíduos provenientes das áreas administrativas.
- Resíduos de varrição, flores, podas e jardins.
- Resíduos de gesso provenientes de assistência à saúde.
- Forrações de animais de biotérios sem risco biológico associado.
- Resíduos recicláveis sem contaminação biológica, química e radiológica associada.
- Pelos de animais.

GRUPO E

Materiais perfurocortantes ou escarificantes, tais como:

lâminas de barbear, agulhas, escalpes, ampolas de vidro, brocas, limas endodônticas, pontas diamantadas, lâminas de bisturi, lancetas; tubos capilares; ponteiros de micropipetas; lâminas e lamínulas; espátulas; e todos os utensílios de vidro quebrados no laboratório (pipetas, tubos de coleta sanguínea e placas de Petri) e outros similares.

ANEXO II

IDENTIFICAÇÃO DOS GRUPOS DOS RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

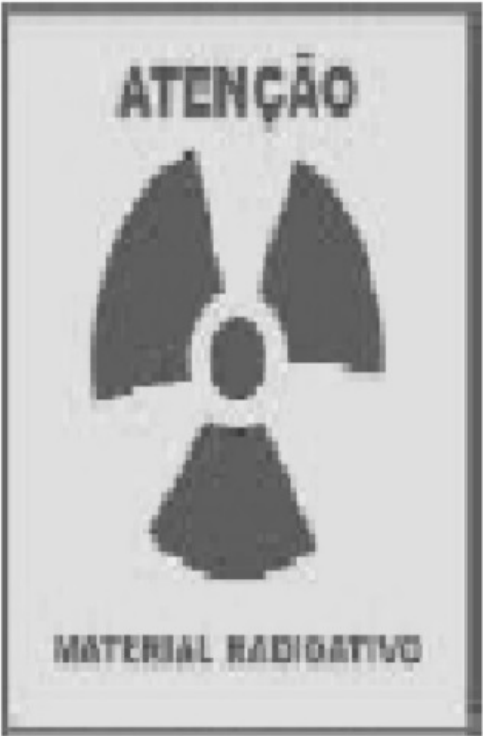
O grupo A é identificado, no mínimo, pelo símbolo de risco biológico, com rótulo de fundo branco, desenho e contornos pretos, acrescido da expressão RESÍDUO INFECTANTE.	



O grupo B é identificado por meio de símbolo e frase de risco associado à periculosidade do resíduo químico. Observação - outros símbolos e frases do GHS também podem ser utilizados.	



O grupo C é representado pelo símbolo internacional de presença de radiação ionizante (trifólio de cor magenta ou púrpura) em rótulo de fundo amarelo, acrescido da expressão MATERIAL RADIOATIVO; REJEITO RADIOATIVO ou RADIOATIVO.	



O grupo D deve ser identificado conforme definido pelo órgão de limpeza urbana.	
O grupo E é identificado pelo símbolo de risco biológico, com rótulo de fundo branco, desenho e contorno preto, acrescido da inserção de RESIDUO PERFURO-CORTANTE.	OU PERFUROCORTANTE



RESÍDUO PERFUROCORTANTE



PERFUROCORTANTE

ANEXO III

SUBSTÂNCIAS QUE DEVEM SER SEGREGADAS, ACONDICIONADAS E IDENTIFICADAS SEPARADAMENTE

- Ácidos
- Asfixiantes
- Bases
- Brometo de etídio
- Carcinogênicas, mutagênicas e teratogênicas
- Compostos orgânicos halogenados
- Compostos orgânicos não halogenados
- Corrosivas
- Criogênicas
- De combustão espontânea
- Ecotóxicas
- Explosivas
- Formalina ou formaldeído
- Gases comprimidos
- Líquidos inflamáveis
- Materiais reativos com a água
- Materiais reativos com o ar
- Mercúrio e compostos de mercúrio
- Metais pesados
- Mistura sulfocrômica
- Óleos
- Oxidantes
- Resíduo fotográfico
- Sensíveis ao choque
- Soluções aquosas
- Venenos

Fonte: Chemical Waste Management Guide. University of Florida - Division of Environmental Health & Safety - abril de 2001

ANEXO IV

INCOMPATIBILIDADE QUÍMICA ENTRE AS PRINCIPAIS SUBSTÂNCIAS UTILIZADAS PELOS GERADORES DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Substância	Incompatibilidade química
Acetileno	Cloro, bromo, flúor, cobre, prata, Mercúrio
Ácido Acético	Ácido crômico, ácido perclórico, peróxidos, permanganatos, ácido nítrico, etilenoglicol

Acetona	Misturas de ácidos sulfúrico e nítrico concentrados, Peróxido de hidrogênio
Ácido crômico	Ácido acético, naftaleno, cânfora, glicerol, turpentine, álcool, outros líquidos inflamáveis
Ácido hidrocianico	Ácido nítrico, álcalis
Ácido fluorídrico anidro, fluoreto de hidrogênio	Amônia (aquosa ou anidra)
Ácido nítrico concentrado	Ácido cianídrico, anilinas, Óxidos de cromo VI, Sulfeto de hidrogênio, líquidos e gases combustíveis, ácido acético, ácido crômico
Ácido oxálico	Prata e Mercúrio
Ácido perclórico	Anidrido acético, álcoois, Bismuto e suas ligas, papel, madeira
Ácido sulfúrico	Cloratos, percloratos, permanganatos e água
Alquil alumínio	Água
Amônia anidra	Mercúrio, Cloro, Hipoclorito de cálcio, Iodo, Bromo, Ácido fluorídrico
Anidrido acético	Compostos contendo hidroxil tais como etilenoglicol, Ácido perclórico
Anilina	Ácido nítrico, Peróxido de hidrogênio
Ázida sódica	Chumbo, Cobre e outros metais
Bromo e cloro	Benzeno, Hidróxido de amônio, benzina de petróleo, Hidrogênio, acetileno, etano, propano, butadienos, pós-metálicos
Carvão ativo	Dicromatos, permanganatos, Ácido nítrico, Ácido sulfúrico, Hipoclorito de sódio
Cloro	Amônia, acetileno, butadieno, butano, outros gases de petróleo, Hidrogênio, Carbeto de sódio, turpentine, benzeno, metais finamente divididos, benzinas e outras frações do petróleo
Cianetos	Ácidos e álcalis
Cloratos, percloratos, clorato de potássio	Sais de amônio, ácidos, metais em pó, matérias orgânicas particuladas, substâncias combustíveis
Cobre metálico	Acetileno, peróxido de hidrogênio, azidas
Dióxido de cloro	Amônia, metano, fósforo, sulfeto de hidrogênio
Fluor	Manter isolado de outros produtos químicos
Fósforo	Enxofre, compostos oxigenados, cloratos, percloratos, nitratos, permanganatos
Halogênios (fluor, cloro, bromo e iodo)	Amoniaco, acetileno e hidrocarbonetos
Hidrazida	Peróxido de hidrogênio, ácido nítrico e outros oxidantes
Hidrocarbonetos (butano, propano, tolueno)	Ácido crômico, fluor, cloro, bromo, peróxidos
Iodo	Acetileno, hidróxido de amônio, hidrogênio
Líquidos inflamáveis	Ácido nítrico, nitrato de amônio, óxido de cromo VI, peróxidos, fluor, cloro, bromo, hidrogênio
Mercurio	Acetileno, ácido fulminico, amônia
Metais alcalinos	Dióxido de carbono, tetracloreto de carbono, outros hidrocarbonetos clorados
Nitrato de amônio	Ácidos, pós-metálicos, líquidos inflamáveis, cloratos, enxofre, compostos orgânicos em pó
Nitrato de sódio	Nitrato de amônio e outros sais de amônio
Óxido de cálcio	Água
Óxido de cromo VI	Ácido acético, glicerina, benzina de petróleo, líquidos inflamáveis, naftaleno
Oxigênio	Óleos, graxas, hidrogênio, líquidos, sólidos e gases inflamáveis
Perclorato de potássio	Ácidos
Permanganato de potássio	Glicerina, etilenoglicol, ácido sulfúrico
Peróxido de hidrogênio	Cobre, cromo, ferro, álcoois, acetonas, substâncias combustíveis
Peróxido de sódio	Ácido acético, Anidrido acético, benzaldeído, etanol, metanol, etilenoglicol, acetatos de metila e etila, furfural
Prata e sais de prata	Acetileno, ácido tartárico, ácido oxálico, compostos de amônio
Sódio	Dióxido de carbono, tetracloreto de carbono, outros hidrocarbonetos clorados
Sulfeto de hidrogênio	Ácido nítrico fumegante, gases oxidantes

Fonte: Manual de Biossegurança - Mario Hiroyuki Hirata; Jorge Mancini Filho

ANEXO V

LISTA DAS PRINCIPAIS SUBSTÂNCIAS UTILIZADAS EM SERVIÇOS DE SAÚDE QUE REAGEM COM EMBALAGENS DE POLIETILENO DE ALTA DENSIDADE (PEAD)

Ácido butírico	Dietil benzeno
Ácido nítrico	Dissulfeto de carbono
Ácidos concentrados	Éter
Bromo	Fenol / clorofórmio
Bromofórmio	Nitrobenzeno
Álcool benzílico	o-diclorobenzeno
Anilina	Óleo de canela
Butadieno	Óleo de cedro
Ciclohexano	p-diclorobenzeno
Cloreto de etila, forma líquida	Percloroetileno
Cloreto de tionila	solventes bromados & fluorados
Bromobenzeno	solventes clorados
Cloreto de Amila	Tolueno
Cloreto de vinilideno	Tricloroeteno
Cresol	Xileno

Fonte: Chemical Waste Management Guide - University of Florida - Division of Environmental Health & Safety - abril de 2001

PUB D.O.U., 29/03/2018 - Seção 1

Este texto não substitui a Publicação Oficial.

MINISTÉRIO DA SAÚDE
AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
DIRETORIA COLEGIADA
RESOLUÇÃO DE DIRETORIA COLEGIADA - RDC Nº 430, DE 8 DE OUTUBRO DE 2020

Dispõe sobre as Boas Práticas de Distribuição, Armazenagem e de Transporte de Medicamentos.

Ficha Técnica

Série Histórica

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso das atribuições que lhe confere o [art. 15, III e IV, aliado ao art. 7º, III e IV da Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999](#), e ao [art. 53, VI, §§ 1º e 3º do Regimento Interno aprovado pela Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 255, de 10 de dezembro de 2018](#), resolve adotar a seguinte Resolução de Diretoria Colegiada, conforme deliberado em reunião realizada em 7 de outubro de 2020, e eu, Diretor-Presidente Substituto, determino a sua publicação.

CAPÍTULO I
DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Seção I

Objetivo

Art. 1º Esta Resolução possui o objetivo de estabelecer os requisitos de Boas Práticas de Distribuição e Armazenagem e de Boas Práticas de Transporte de Medicamentos.

Seção II

Abrangência

Art. 2º Esta Resolução se aplica às empresas que realizam as atividades de distribuição, armazenagem ou transporte de medicamentos e, no que couber, à armazenagem e ao transporte de produtos a granel.

Parágrafo único. Esta Resolução não se aplica às atividades de distribuição, armazenagem e transporte de matérias-primas, de gases medicinais ou de rótulos e embalagens.

Seção III

Definições

Art. 3º Para efeito desta Resolução são adotadas as seguintes definições:

I - armazenagem: guarda, manuseio e conservação segura de medicamentos;

II - armazenagem em trânsito: conjunto de procedimentos, de caráter temporário, relacionados ao trânsito de carga, que envolvem as atividades de recebimento, guarda temporária, conservação e segurança de medicamentos;

III - Boas Práticas de Armazenagem (BPA): conjunto de ações que asseguram a qualidade de um medicamento por meio do controle adequado durante o processo de distribuição e armazenagem, bem como fornecem ferramentas para proteger o sistema de armazenagem contra medicamentos falsificados, reprovados, ilegalmente importados, roubados, avariados e/ou adulterados;

IV - Boas Práticas de Distribuição e Armazenagem (BPDA): conjunto de ações que asseguram a qualidade de um medicamento por meio do controle adequado durante o processo de distribuição e armazenagem, bem como fornecem ferramentas para proteger o sistema de distribuição contra medicamentos falsificados, reprovados, ilegalmente importados, roubados, avariados e/ou adulterados;

V - Boas Práticas de Transporte (BPT): conjunto de ações que asseguram a qualidade de um medicamento por meio do controle adequado durante o transporte e armazenagem em trânsito, bem como fornecem ferramentas para proteger o sistema de transporte contra medicamentos roubados, avariados e/ou adulterados;

VI - cadeia de frio ou rede de frio: processo englobado pelas atividades de armazenagem, conservação, manuseio, distribuição e transporte dos produtos sensíveis à temperatura;

VII - contaminação: introdução não desejada de impurezas de natureza química ou microbiológica, ou de matéria estranha, em produto a granel ou produto terminado durante as etapas de armazenagem ou transporte;

VIII - contêiner: ambiente utilizado para armazenamento ou transporte de produtos, podendo ser refrigerado e com a temperatura controlada;

IX - contrato de terceirização: documento mutuamente acordado e controlado entre as partes, estabelecendo as atribuições e responsabilidades das empresas contratante e contratada;

X - data de validade: data limite para a utilização de um medicamento definida pelo fabricante, com base nos seus respectivos testes de estabilidade, mantidas as condições de armazenamento e transporte estabelecidos;

XI - distribuição: conjunto de atividades relacionadas à movimentação de cargas que inclui o abastecimento, armazenamento e expedição de medicamentos, excluída a de fornecimento direto ao público;

XII - distribuidor ou comércio atacadista: compreende o comércio de medicamentos, em quaisquer quantidades, realizadas entre pessoas jurídicas ou a profissionais para o exercício de suas atividades;

XIII - expedição: conjunto de procedimentos relacionados ao embarque para fins de transporte de medicamentos;

XIV - lote: quantidade definida de produto processado em um ou mais processos, cuja característica essencial é a homogeneidade;

XV - manifesto de carga: documento que contém lista de mercadorias que constituem o carregamento do navio, aeronave e demais veículos de transporte;

XVI - medicamento termolábil: medicamento cuja especificação de temperatura máxima seja igual ou inferior a 8°C;

XVII - número de lote: combinação definida de números e/ ou letras que identifica de forma única um lote em seus rótulos, documentação de lote,

certificados de análise correspondentes, entre outros;

XVIII - operador logístico (OL): empresa detentora de Autorização de Funcionamento (AFE) e Autorização Especial (AE), quando aplicável, capacitada a prestar os serviços de transporte e/ou armazenamento;

XIX - procedimento operacional padrão (POP): procedimento escrito e autorizado que fornece instruções para a realização de operações não necessariamente específicas a um dado produto ou material, mas de natureza geral (por exemplo, operação, manutenção e limpeza de equipamentos, qualificação, limpeza de instalações e controle ambiental, amostragem e inspeção);

XX - produto devolvido: produto terminado, expedido e comercializado, devolvido ao detentor do registro ou ao distribuidor;

XXI - produto a granel: qualquer produto que tenha passado por todas as etapas de produção, sem incluir o processo de embalagem; os produtos estéreis em sua embalagem primária são considerados produto a granel;

XXII - qualificação: conjunto de ações realizadas para atestar e documentar que quaisquer instalações, sistemas e equipamentos estão propriamente instalados e/ou funcionam corretamente e levam aos resultados esperados;

XXIII - qualificação térmica: verificação documentada de que o equipamento ou a área de temperatura controlada garantem homogeneidade térmica em seu interior;

XXIV - quarentena: retenção temporária de produtos terminados, isolados fisicamente ou por outros meios que impeçam a sua utilização, enquanto aguardam uma decisão sobre sua liberação, rejeição ou reproprocessamento;

XXV - recebimento: conjunto de atividades relacionadas à chegada, conferência e internalização em estoque de medicamentos;

XXVI - recolhimento: ação que visa a imediata e eficaz retirada do mercado, de determinado(s) lote(s) de medicamento, com indícios suficientes ou comprovação de desvio de qualidade, que possa representar risco à saúde, ou por ocasião de cancelamento de registro, relacionado com a segurança e eficácia do produto, a ser implementada pelo detentor do registro e seus distribuidores;

XXVII - remessa ou entrega: quantidade de um determinado medicamento fornecida em resposta a uma ordem de compra, podendo uma única remessa incluir um ou mais volumes e materiais pertencentes a mais de um lote;

XXVIII - sistema ativo de controle: são aqueles com controle ativo de temperatura e/ ou umidade, capazes de se auto ajustar às variações da temperatura externa, como por exemplo, os contêineres refrigerados para transporte aéreo e marítimo e os caminhões refrigerados;

XXIX - sistema passivo de controle: são aqueles sem controle ativo de temperatura e/ou umidade, como por exemplo, contêineres termicamente isolados, feitos de poliestireno ou poliuretano, com material refrigerante. Não são capazes de se auto ajustar às variações de temperatura externa, sendo sua capacidade determinada por meio de estudos e previsões de temperatura e umidade para a rota em questão;

XXX - transportador: empresa que realiza o transporte de medicamentos, do remetente para determinado destinatário, podendo executar adicionalmente a armazenagem em trânsito;

XXXI - devolução: retorno ao fornecedor dos medicamentos incorporados, fiscalmente, ao estoque do cliente e, que desta forma, entraram na cadeia de custódia deste. Estes medicamentos, quando devolvidos à origem, o são com documento fiscal ou correspondente, distinto do documento de envio.

CAPÍTULO II

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 4º Todas as partes envolvidas na produção, armazenagem, distribuição e transporte devem se responsabilizar pela qualidade e segurança dos medicamentos.

Parágrafo único. A responsabilidade compartilhada abrange ações de recolhimento, independentemente de este ter sido motivado pela autoridade sanitária, pelo detentor do registro, pelo distribuidor ou pelo operador logístico.

Art. 5º Os princípios de BPA, BPDA e BPT devem ser observados também na logística reversa, quando os medicamentos estiverem sendo devolvidos ou recolhidos do mercado.

Art. 6º As empresas distribuidoras devem fornecer medicamentos somente às empresas licenciadas e autorizadas pela autoridade sanitária competente para as atividades de distribuição ou dispensação de medicamentos.

Parágrafo único. O fornecimento de medicamentos radiofármacos deve ser realizado por Instituições licenciadas pela Autoridade Sanitária, pela Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN) e demais autoridades competentes.

Art. 70. O transporte compartilhado com outras categorias de produtos somente é possível quando os riscos forem analisados, mitigados e concluídos como aceitáveis.

Art. 8º Os estabelecimentos que exerçam as atividades de distribuição, armazenagem ou transporte de medicamentos devem dispor de sistema de gestão da qualidade capaz de documentar, verificar e assegurar os requisitos específicos a cada processo que possua impacto na qualidade dos produtos.

CAPÍTULO III

DISTRIBUIÇÃO, ARMAZENAGEM E TRANSPORTE

Seção I

Organização e Administração

Art. 9º A estrutura organizacional da empresa deve estar descrita em organograma.

Parágrafo único. As responsabilidades de todo o pessoal devem estar indicadas nas descrições dos cargos.

Seção II

Pessoal

Art. 10. A empresa deve possuir número apropriado de funcionários com qualificações adequadas garantindo que as responsabilidades atribuídas individualmente não sejam tão extensas a ponto de apresentar riscos à qualidade do produto.

Art. 11. Devem ser estabelecidos requisitos relacionados à saúde, higiene e vestuário do pessoal, conforme as atividades a serem realizadas.

Art. 12. A sistemática para o treinamento dos funcionários cujas atribuições possuam impacto no Sistema de Gestão da Qualidade deve estar descrita.

§1º Os funcionários referidos no caput deste artigo devem receber treinamento inicial e periódico, de acordo com a complexidade da atividade e compatível com a ação de treinamento realizada.

§2º Os registros que permitam identificar o treinando, a data de execução e a carga horária, bem como a estratégia utilizada, os assuntos abordados e a avaliação da eficácia devem ser mantidos.

§3º Os requisitos de treinamento relevantes a cada posição de trabalho, expressos pelas políticas, programas, procedimentos e formulários, devem estar definidos.

Art. 13. É proibido fumar, comer, beber (com exceção de água potável, que deve estar disponível em um setor específico), mascar, manter plantas, alimentos, medicamentos pessoais, objetos pessoais ou qualquer objeto estranho ao setor, nas áreas de armazenagem, armazenagem em trânsito, recebimento e expedição.

Seção III

Sistema de Gestão da Qualidade

Art. 14. O Sistema de Gestão da Qualidade deve cobrir todos os aspectos que influenciam a qualidade dos medicamentos ou dos serviços prestados.

Art. 15. Os processos que impactam na qualidade dos medicamentos ou dos serviços prestados devem ser mapeados.

Parágrafo único. Os processos identificados no mapeamento devem ser precedidos e governados por procedimentos operacionais padrão, com a devida geração de registros.

Art. 16. As ações do Sistema de Gestão da Qualidade são de responsabilidade de toda a empresa e devem ser exercidas por todos os seus membros.

Art. 17. As divergências em relação aos requisitos expressos pelo Sistema de Gestão da Qualidade devem ser interpretadas e tratadas como não conformidades.

Art. 18. A área responsável pelo Sistema de Gestão da Qualidade deve possuir autonomia hierárquica e recursos necessários para o exercício das seguintes funções:

I - garantir a implementação e manutenção de um sistema da qualidade;

II - coordenar a gestão documental;

III - elaborar, revisar e aprovar formalmente os procedimentos operacionais padrão;

IV - adotar e manter programa de auto inspeções;

V - adotar e manter programas de treinamento iniciais e periódicos;

VI - supervisionar as atividades de recolhimento, incluindo simulações de recolhimento;

VII - receber e investigar as reclamações;

VIII - gerenciar os produtos devolvidos;

IX - implementar um sistema para controle e gerenciamento de mudanças;

X - verificar e garantir os requisitos legais de licença sanitária e autorização de funcionamento dos integrantes da cadeia de distribuição de medicamentos quando do exercício da atividade de distribuição;

XI - gerenciar a qualificação e calibração de equipamentos e instrumentos;

XII - registrar, investigar e adotar ações corretivas e preventivas para as não conformidades identificadas;

XIII - gerenciar resíduos;

XIV - garantir a integridade e rastreabilidade dos medicamentos e dos dados relativos às transações comerciais;

XV - implementar um programa de manejo de pragas com agentes seguros, regularizados junto aos órgãos competentes e que não ofereçam risco de contaminação aos produtos armazenados;

XVI - realizar as comunicações previstas aos órgãos sanitários conforme modelos estabelecidos e divulgados por estes e comunicar aos parceiros comerciais e autoridades policiais competentes quando do roubo e da identificação de produtos falsificados ou adulterados; e

XVII - garantir a destinação adequada a produtos falsificados.

Subseção I

Documentação

Art. 19. A gestão e controle de documentos da qualidade deve dispor as orientações para elaboração, revisão, aprovação, distribuição e controle, treinamento, codificação, guarda e obsolescência dos documentos em formato físico ou eletrônico.

Art. 20. Os procedimentos operacionais padrão devem ser seguidos e estar disponíveis em seus respectivos locais de trabalho.

Art. 21. Os procedimentos operacionais padrão devem ser mantidos atualizados para que correspondam à prática rotineira.

Art. 22. Os procedimentos operacionais padrão devem ser compreensíveis aos funcionários e não devem apresentar ambiguidades.

Art. 23. Os registros, manuais ou eletrônicos, devem ser prontamente recuperáveis, e devem ser armazenados usando medidas de segurança contra qualquer modificação não autorizada, danos, deterioração ou perda.

§1º A correção de um dado registrado deve ser realizada mediante justificativa da necessidade de alteração, preservando-se a possibilidade de leitura do dado originalmente gravado.

§2º Devem ser mantidos backups para os registros gerados ou armazenados em formato eletrônico.

Art. 24. Os procedimentos operacionais padrão bem como os registros manuais ou eletrônicos devem ser mantidos por no mínimo 5 (cinco) anos após sua obsolescência.

Parágrafo único. O acesso a estes documentos deve ser restrito às pessoas delegadas pelo Sistema de Gestão da Qualidade.

Subseção II

Reclamações

Art. 25. Deve ser estabelecido e divulgado aos clientes um serviço de atendimento para o recebimento das reclamações.

Art. 26. As reclamações relacionadas com a qualidade, autenticidade, legalidade ou integridade dos medicamentos ou aquelas relacionadas a

eventos adversos devem ser registradas e investigadas.

§1º A responsabilidade pela investigação estende-se proporcionalmente à participação de cada ente da cadeia na causa ao desvio.

§2º A investigação deve classificar as reclamações em procedentes ou não procedentes, confirmando ou descartando as não conformidades relacionadas.

§3º Cabe à investigação definir a causa raiz do problema, avaliar os impactos aos clientes e sugerir, se necessário, ao fabricante ou ao detentor do registro, o recolhimento.

§4º A investigação deve considerar a possibilidade de que outros lotes do medicamento tenham sido afetados pela mesma causa raiz.

§5º Ações corretivas devem ser definidas, implementadas e monitoradas para as situações onde a reincidência da não conformidade represente risco ao paciente.

Art. 27. As reclamações relacionadas aos desvios de qualidade devem ser registradas separadamente daquelas relacionadas às atividades de distribuição, armazenagem ou transporte.

Parágrafo único. As reclamações relacionadas aos desvios de qualidade devem ser repassadas ao fabricante ou ao detentor do registro para investigação, e os resultados desta devem ser aditados ao registro inicial.

Subseção III

Recolhimento

Art. 28. O recolhimento deve atender às disposições desta Resolução, sem prejuízo das disposições dadas na Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 55 de 17 de março de 2005 e suas atualizações.

Art. 29. Cabe ao detentor do registro a coordenação do recolhimento.

Parágrafo único. A participação no recolhimento pela distribuidora, armazenadora ou operador logístico estende-se proporcionalmente à contribuição de cada um no mapa de distribuição e à causa raiz do recolhimento.

Art. 30. Os mapas de distribuição devem ser prontamente recuperáveis durante tempo condizente com a validade dos medicamentos distribuídos.

§1º Os dados cadastrais relativos às empresas constantes no mapa de distribuição devem estar atualizados e conter informações mínimas necessárias ao contato postal, telefônico e por correio eletrônico.

§2º Deve ser realizada simulação de reconciliação entre as unidades distribuídas e localizadas nos clientes, uma vez ao ano para o pior caso da rede de distribuição, com o intuito de testar a efetividade do recolhimento e corrigir possíveis falhas.

Art. 31. O detentor do registro deve ser consultado previamente sobre o recolhimento quando este for realizado por outra empresa da cadeia de distribuição.

Art. 32. Ao fim do recolhimento, deve ser registrado em relatório a avaliação da eficácia das comunicações emitidas e do grau de recuperação das unidades distribuídas.

Art. 33. Todos os clientes e as autoridades sanitárias competentes, de todos os países a que determinado medicamento tenha sido distribuído, devem ser notificados imediatamente quando da constatação da necessidade do recolhimento de determinado lote.

Parágrafo único. O responsável pelo recolhimento deve manter registros das notificações e seus comprovantes de recebimento.

Subseção IV

Devoluções

Art. 34. Antes que um medicamento devolvido seja reintegrado ao estoque comercializável, no mínimo os seguintes fatores devem ser registrados e ponderados pelo sistema de gestão da qualidade:

I - o motivo da devolução;

II - as condições de armazenagem e transporte empregadas pelo comprador;

III - a integridade da embalagem secundária original; e

IV - o prazo de validade.

Art. 35. A incapacidade em garantir que o medicamento devolvido se mantém dentro de seus padrões de qualidade deve resultar na rejeição da reintegração.

Art. 36. Os medicamentos objetos de furto, roubo ou outras apropriações indevidas, ainda que tenham sido recuperados, devem ser rejeitados.

§1º Os medicamentos descritos no caput que tiverem a cadeia de custódia interrompida por roubo, furto ou outra apropriação indevida e que não apresentarem dano ou violação da caixa de embarque e dos dispositivos de segurança presentes no momento do evento e que puderem ser concluídos como adequados do ponto de vista da qualidade, segurança e eficácia por meio de uma análise de risco executada sob a responsabilidade do distribuidor, podem ser reintegrados ao estoque comercial.

§2º O disposto no parágrafo anterior não se aplica aos medicamentos termolábeis.

Subseção V

Auto inspeções

Art. 37. Os processos com impacto na Qualidade devem ser auto inspecionados conforme frequência estabelecida e justificada pela empresa.

Art. 38. As auto inspeções devem ser conduzidas por profissional(ais) não vinculado(s) hierarquicamente ao processo ou ao departamento inspecionado.

Parágrafo único. Os profissionais a que se refere o caput devem ser capacitados especificamente para a atividade de auto inspeção.

Art. 39. As auto inspeções devem ser compiladas em relatórios com as seguintes informações mínimas:

I - identificação da equipe de inspetores;

II - período;

III - não conformidades identificadas;

IV - ações corretivas e preventivas elencadas e seus respectivos prazos de conclusão e implementação;

V - ações de acompanhamento da adoção e monitoramento da eficácia das ações corretivas e preventivas; e

VI - avaliação e concordância das chefias de cada departamento afetado e da posição hierárquica máxima da empresa.

Subseção VI

Qualificações e Validações

Art. 40. Equipamentos e sistemas informatizados devem ser qualificados e validados antes do seu uso ou depois de qualquer mudança considerada significativa.

Parágrafo único. A análise de risco pode ser utilizada como ferramenta para dispensa da necessidade de qualificação e validação dos equipamentos que não possuam contribuição significativa para com a qualidade.

Art. 41. Deve existir um programa de manutenção preventiva para os equipamentos com impacto na qualidade.

Seção IV

Instalações de armazenagem

Art. 42. O exercício da atividade de armazenagem de medicamentos requer, no mínimo:

I - área de recebimento e expedição de medicamentos separadas entre si;

II - área de armazenagem geral de medicamentos;

III - área ou local de armazenagem de medicamentos devolvidos;

IV - área ou local de armazenagem de medicamentos reprovados, vencidos, recolhidos, suspeitos de falsificação ou falsificados;

V - área ou local de armazenagem de medicamentos sujeitos ao regime especial de controle, quando aplicável;

VI - área ou local de armazenagem de medicamentos em quarentena, quando aplicável;

VII - área de armazenagem de medicamentos com radionuclídeos, quando aplicável;

VIII - área de depósito de materiais de limpeza;

IX - área de administração; e

X - área de cantinas ou refeitórios, quando existentes, e de vestiários, sanitários e lavatórios, sem comunicação direta com as áreas de armazenagem.

§1º Deve ser adotada a alternância de horários, a delimitação da área comum, a codificação por cores ou outros procedimentos para a diminuição do risco de trocas quando não for possível a separação requerida no inciso I.

§2º Quaisquer áreas de armazenagem devem ter acesso restrito, no entanto, as áreas ou locais indicados pelos incisos III, IV, V e VII devem ser separadas das demais e devem possuir controle de acesso diferenciado.

§3º A substituição da quarentena física descrita no inciso VI por sistema informatizado qualificado é possível.

§4º As áreas mencionadas devem proteger os produtos das intempéries e de animais.

Art. 43. As áreas de armazenagem devem ser dotadas de equipamentos e instrumentos necessários ao controle e ao monitoramento da temperatura e umidade requeridas.

§1º O monitoramento deve ser realizado por instrumentos posicionados de acordo com o estudo de qualificação térmica da área.

§2º A leitura dos instrumentos, caso realizada de maneira intermitente, deve corresponder aos períodos de maior criticidade.

§3º O monitoramento deve ser registrado, e os registros devem ser mantidos, por, pelo menos, dois anos após sua geração.

§4º Os instrumentos devem ser calibrados antes de seu primeiro uso e em intervalos definidos e justificados pelo desempenho do instrumento e sensibilidade da medida.

Art. 44. As instalações devem ter dimensão compatível com o volume das operações realizadas.

Art. 45. As instalações devem apresentar superfícies lisas, sem rachaduras e sem desprendimento de pó, para facilitar a limpeza e evitar contaminantes.

Art. 46. As instalações devem ser limpas com o auxílio de equipamentos e agentes de limpeza aprovados para tal finalidade.

Parágrafo único. As operações de limpeza a que se refere o caput devem ser registradas.

Art. 47. As instalações devem ser dotadas de iluminação adequada para permitir que todas as operações sejam realizadas com precisão e segurança.

Art. 48. As áreas destinadas à manutenção, quando existentes, devem ser separadas das áreas de armazenagem.

Parágrafo único. Reparos, manutenções e calibrações efetuados não devem comprometer a qualidade dos medicamentos.

Seção V

Armazenagem

Art. 49. Os medicamentos avariados devem ser retirados dos estoques utilizáveis e armazenados separadamente como reprovados.

Art. 50. As condições de armazenagem dos medicamentos devem seguir as especificações do detentor do registro.

Art. 51. Os medicamentos não devem ser posicionados diretamente no chão ou encostados nas paredes, devem guardar distância mínima do telhado e não devem estar em locais de incidência direta da luz solar.

Art. 52. Os paletes devem ser de material que permita a limpeza e não constitua fonte de contaminação, tais como madeira tratada, alumínio ou materiais plásticos.

Art. 53. A armazenagem deve obedecer a um endereçamento lógico que evite trocas e forneça a localização inequívoca dos quantitativos armazenados.

Art. 54. A armazenagem deve obedecer à configuração de carga estabelecida para o medicamento.

Parágrafo único. O disposto também se aplica durante o transporte, armazenagem em transporte ou quando da guarda por operadores logísticos.

Art. 55. Devem ser realizados inventários periódicos do estoque.

Parágrafo único. As discrepâncias no inventário devem ser registradas e investigadas para assegurar que não tenham ocorrido misturas, faturamentos incorretos ou furtos.

Seção VI

Recebimento e da Expedição

Art. 56. Cada operação de recebimento deve verificar e registrar:

- I - as condições de transporte e armazenagem aplicáveis, incluindo requerimentos especiais de temperatura, umidade ou exposição a luz;
- II - os números de lote, data de validade, e quantidades recebidas frente aos pedidos efetuados e notas fiscais recebidas; e
- III - a integridade da carga.

Art. 57. As cargas que não cumpram com os requerimentos do recebimento devem ser devolvidas no ato do recebimento ou devem ser postas em quarentena enquanto aguardam sua disposição pela garantia da qualidade.

Art. 58. O fracionamento de medicamentos a partir de suas embalagens de transporte não deve violar a embalagem secundária.

Parágrafo único. A operação de fracionamento deve ser realizada de acordo com ordens de separação específicas à quantidade a ser fracionada e deve dispor de registro específico com conferência ao final.

Art. 59. Os arquivos eletrônicos relacionados à expedição devem incluir, pelo menos, as seguintes informações:

- I - data da expedição ou recebimento;
- II - razão social, endereço e CNPJ do transportador;
- III - nome completo e documento de identificação do motorista;
- IV - razão social, endereço e CNPJ do destinatário;
- V - descrição dos medicamentos, incluindo nome e apresentação;
- VI - quantidade, números de lote e data de validade;
- VII - condições de transporte e armazenagem aplicáveis, incluindo a identificação do veículo responsável pelo transporte e número de série do instrumento utilizado para monitoramento das condições ambientais, quando aplicável;
- VIII - número único para permitir a identificação da ordem de entrega; e
- IX - número da nota fiscal.

Art. 60. As notas fiscais emitidas devem conter os números de lote e dados da origem dos medicamentos transacionados.

Art. 61. O ordenamento da carga nos veículos ou contêineres deve ser realizado de forma a evitar danos aos medicamentos.

Parágrafo único. Os veículos e contêineres devem ser carregados cuidadosamente e sistematicamente e, quando aplicável, seguir a sequência primeiro que entra, último que sai.

Art. 62. Os cronogramas de entrega e as rotas devem ser estabelecidos de acordo com as necessidades e condições locais.

Seção VII

Transporte e Armazenagem em Trânsito

Art. 63. São obrigações dos contratantes dos serviços de transporte de medicamentos:

- I - qualificar os transportadores;
- II - prestar orientação e assistência técnica para os casos de acidentes envolvendo os medicamentos sob transporte, juntamente com o Responsável Técnico da empresa contratada.

Art. 64. São obrigações das empresas que realizam o transporte de medicamentos:

- I - dispor do manifesto de carga transportada com a previsão de desembarque a bordo do veículo transportador;
- II - monitorar as condições de transporte relacionadas às especificações de temperatura, acondicionamento, armazenagem e umidade do medicamento utilizando instrumentos calibrados;
- III - aplicar os sistemas passivos ou ativos de controle de temperatura e umidade que sejam necessários à manutenção das condições requeridas pelo registro sanitário ou outras especificações aplicáveis;
- IV - fornecer ao contratante todos os dados relativos às condições de conservação durante o transporte, bem como durante a armazenagem em trânsito;
- V - prover acesso aos medicamentos restritamente a pessoal autorizado e treinado; *(Redação dada pela Resolução 653/2022)*
- VI - receber e entregar medicamentos somente às empresas devidamente autorizadas e licenciadas para as atividades relacionadas.

§1º O controle previsto no inciso III pode ser eliminado quando utilizarse de condições de transporte qualificadas para a rota ou condições justificadas tecnicamente pelo fabricante. (Redação dada pela Resolução 653/2022)

§2º (Revogado pela Resolução 653/2022)

§3º Uma avaliação de risco deve ser realizada para se considerar o impacto das variáveis do processo de transporte que não sejam continuamente controladas ou monitoradas, bem como para o controle da qualidade dos produtos caso estes sejam transportados em condições diversas daquelas definidas nos registros. (Incluído pela Resolução 653/2022)

§4º O monitoramento previsto no inciso II do caput deste artigo pode ocorrer de modo periódico em rotas definidas como piores casos após análise de risco que considere similaridades de rotas, dados climatológicos, tempo, distância, sazonalidade, modais de transporte, horários e outras variáveis críticas para o transporte. (Incluído pela Resolução 653/2022)

§5º O controle de umidade previsto no inciso III do caput deste artigo pode ser eliminado após avaliação de risco ou quando forem apresentadas justificativas técnicas pelos fabricantes que deem suporte ao transporte em condições diversas daquelas definidas no registro. (Incluído pela Resolução 653/2022)

Art. 65. Os sistemas de transporte utilizados devem dispor de mecanismos que forneçam evidências de acessos não autorizados.

Parágrafo único. É vedada às empresas transportadoras ou operador logístico, quando na atividade de transportador, a violação da carga transportada.

Art. 66. As diretrizes referentes às instalações de armazenagem, à armazenagem e ao recebimento e expedição previstos nesta norma, se aplicam também a armazenagem em trânsito.

Art. 67. Os veículos, equipamentos e contêineres não devem expor os medicamentos a condições que possam afetar sua estabilidade e a integridade de sua embalagem ou gerar contaminações de qualquer natureza.

Art. 68. Os veículos e contêineres devem dispor de manutenção e limpeza adequadas.

Art. 69. Os medicamentos recolhidos ou devolvidos, bem como aqueles suspeitos de falsificação, devem ser identificados de forma clara e segura e, quando possível, devem ser utilizados mecanismos que permitam a segregação durante o transporte.

Art. 71. Em caso de sinistro, roubo ou furto de medicamentos radiofármacos, a CNEN deve ser comunicada.

Seção VIII

Terceirização

Art. 72. A terceirização das atividades reguladas nesta norma deve ser precedida pela aprovação do contrato pelo sistema de gestão da qualidade.

§1º A aprovação referida no caput deste artigo resulta da qualificação do prestador do serviço contratado.

§2º A qualificação do fornecedor deve ser pautada pela verificação de requisitos específicos e deve ser registrada.

§3º A manutenção do status do prestador como qualificado deve ser periodicamente reavaliada por meio de indicadores estabelecidos para tal.

Art. 73. O contrato entre o contratante e o contratado deve estabelecer as responsabilidades de cada parte.

Parágrafo único. O contrato a que se refere o caput deste artigo deve prever que as subcontratações dependem de avaliação e aprovação prévias pelo contratante original.

Art. 74. O contratante deve fornecer ao contratado todas as informações necessárias para a realização das operações contratadas de forma correta, de acordo com o registro do medicamento e quaisquer outras exigências legais.

Art. 75. O contratante e o contratado devem ser capazes de atender aos requisitos legais e regulamentares que lhes sejam aplicáveis.

Art. 76. O contratado deve possuir instalações adequadas e pessoal qualificado, para desempenhar satisfatoriamente o serviço solicitado pelo contratante.

Seção IX

Medicamentos Termolábeis

Art. 77. Deve-se minimizar a exposição à temperatura ambiente durante o recebimento e a expedição de medicamentos termolábeis, incluindo, se necessário, a adoção de áreas refrigeradas junto aos espaços de recebimento e expedição.

Parágrafo único. O tempo total de exposição dos medicamentos termolábeis à temperatura ambiente, durante as operações a que se refere o caput deste artigo, deve ser registrado.

Art. 78. A armazenagem de medicamentos termolábeis deve ser feita de acordo com as recomendações do detentor do registro em meio que seja qualificável termicamente.

Art. 79. Os equipamentos envolvidos na armazenagem de medicamentos termolábeis devem possuir, além da fonte primária de energia elétrica, uma fonte alternativa capaz de efetuar o suprimento imediato de energia, no caso de falhas da fonte primária.

Art. 80. Devem ser elaborados planos de contingência para proteger os medicamentos termolábeis em caso de falha de energia elétrica ou dos equipamentos de armazenamento.

Art. 81. Alternativas emergenciais de resfriamento, tais como nitrogênio líquido ou gelo seco, podem ser aceitáveis, desde que as condições de conservação estabelecidas pelo detentor do registro sejam mantidas.

Parágrafo único. Quando da adoção destas alternativas, precauções para que não ocorram excursões de temperatura para valores abaixo do mínimo especificado devem ser adotadas.

Art. 82. Na impossibilidade de adoção de sistema de barreira para os locais de armazenamento de medicamentos termolábeis, a movimentação de estoque deve ser planejada antecipadamente para diminuir ao máximo as variações de temperatura.

Art. 83. O transporte de medicamentos termolábeis deve ser feito em meio qualificável do ponto de vista térmico.

Art. 84. O monitoramento e o controle da temperatura durante a armazenagem e o transporte devem ser realizados.

Art. 85. A disposição e a montagem das cargas para o transporte devem ser orientadas pelo detentor do registro aos distribuidores, transportadores e operadores logísticos e devem ser fundamentadas nos estudos de qualificação da cadeia de frio.

Parágrafo único. A disposição das cargas deve evitar a exposição direta dos medicamentos aos agentes refrigerantes utilizados para a conservação da temperatura.

CAPÍTULO IV

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 86. O descumprimento das disposições contidas nesta Resolução constitui infração sanitária, nos termos da Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, sem prejuízo das responsabilidades civil, administrativa e penal cabíveis.

Art. 87. Ficam revogadas:

I - a Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 304, de 17 de setembro de 2019, publicada no Diário Oficial da União de 18 de setembro de 2019; e

II - a Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 360, de 27 de março de 2020, publicada no Diário Oficial da União de 31 de março de 2020.

Art. 88. Ficam restauradas:

I - a Portaria nº 802, de 8 de outubro de 1998, publicada no Diário Oficial da União de 9 de outubro de 1998; e

II - a Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 320, de 22 de novembro de 2002, publicada no Diário Oficial da União de 25 de novembro de 2002.

§1º Ficam resguardados os direitos de terceiros, no período compreendido entre 16 de março de 2020 e a data imediatamente anterior à data de publicação da presente Resolução, desde que tenham eles agido de boa-fé e desde que suas atividades tenham sido praticadas de acordo com a Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 304, de 17 de setembro de 2019.

§ 2º Restarão automaticamente revogados, a partir da data de entrada em vigor da presente Resolução, os atos normativos discriminados nos incisos I e II deste artigo.

Art. 89 - Fica estabelecido o prazo de 3 (três) anos a partir da data de entrada em vigor desta Resolução para a aplicação do conjunto de ações que serão necessárias à implementação do requerido nos incisos II e III do art. 64. *(Redação dada pela Resolução 653/2022)*

§1º Fica estabelecido o prazo de 2 (dois) anos a partir da data de entrada em vigor desta Resolução para que todos os elos da cadeia de distribuição realizem seus estudos de mapeamento de rotas. *(Redação dada pela Resolução 653/2022)*

§2º Após o prazo estabelecido no §1º as empresas terão 1 (hum) ano para a implementação das soluções aplicáveis levando em consideração os resultados obtidos nos estudos de mapeamento de rotas ou nas análises de risco. *(Redação dada pela Resolução 653/2022)*

§3º A transitoriedade disposta no caput deste artigo também se aplica à armazenagem em trânsito, por ser esta atividade intrínseca e indissociável do transporte.

Art. 90. Esta Resolução entra em vigor em 16 de março de 2021.

Parágrafo único. Excetuam-se do disposto no caput deste artigo os arts. 7º e 87 e os incisos I e II e o § 1º do art. 88, os quais tem vigência imediata na data de publicação desta Resolução.

ANTONIO BARRA TORRES

PUB D.O.U., 09/10/2020 - Seção 1

Este texto não substitui a Publicação Oficial.

MINISTÉRIO DA SAÚDE
AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
DIRETORIA COLEGIADA
RESOLUÇÃO-RDC Nº 44, DE 17 DE AGOSTO DE 2009

Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

Série Histórica

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso da atribuição que lhe confere o inciso IV do art. 11 do Regulamento da ANVISA aprovado pelo Decreto Nº 3.029, de 16 de abril de 1999, e tendo em vista o disposto no inciso II e nos §§ 1º e 3º do art. 54 do Regimento Interno aprovado nos termos do Anexo I da Portaria Nº 354 da ANVISA, de 11 de agosto de 2006, republicada no DOU de 21 de agosto de 2006, e a Consulta Pública nº 69, de 11 de julho de 2007, publicada no Diário Oficial da União Nº 134, de 13 de julho de 2007, seção 1, pág. 86, em reunião realizada em 14 de julho de 2009, resolve:

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES INICIAIS

Art. 1º Esta Resolução estabelece os critérios e condições mínimas para o cumprimento das Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias.

§1º Para fins desta Resolução, entende-se por Boas Práticas Farmacêuticas o conjunto de técnicas e medidas que visam assegurar a manutenção da qualidade e segurança dos produtos disponibilizados e dos serviços prestados em farmácias e drogarias, com o fim de contribuir para o uso racional desses produtos e a melhoria da qualidade de vida dos usuários.

§2º O disposto nesta Resolução se aplica às farmácias e drogarias em todo território nacional e, no que couber, às farmácias públicas, aos postos de medicamentos e às unidades volantes.

§3º Os estabelecimentos de atendimento privativo de unidade hospitalar ou de qualquer outra equivalente de assistência médica ficam sujeitos às disposições contidas em legislação específica.

CAPÍTULO II
DAS CONDIÇÕES GERAIS

Art. 2º As farmácias e drogarias devem possuir os seguintes documentos no estabelecimento:

- I - Autorização de Funcionamento de Empresa (AFE) expedida pela Anvisa;
 - II - Autorização Especial de Funcionamento (AE) para farmácias, quando aplicável;
 - III - Licença ou Alvará Sanitário expedido pelo órgão Estadual ou Municipal de Vigilância Sanitária, segundo legislação vigente;
 - IV - Certidão de Regularidade Técnica, emitido pelo Conselho Regional de Farmácia da respectiva jurisdição; e
 - V - Manual de Boas Práticas Farmacêuticas, conforme a legislação vigente e as especificidades de cada estabelecimento.
- §1º O estabelecimento deve manter a Licença ou Alvará Sanitário e a Certidão de Regularidade Técnica afixados em local visível ao público.
- §2º Adicionalmente, quando as informações a seguir indicadas não constarem dos documentos mencionados no parágrafo anterior, o estabelecimento deverá manter afixado, em local visível ao público, cartaz informativo contendo:
- I - razão social;
 - II - número de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica;
 - III - número da Autorização de Funcionamento de Empresa (AFE) expedida pela Anvisa;
 - IV - número da Autorização Especial de Funcionamento (AE) para farmácias, quando aplicável;
 - V - nome do Farmacêutico Responsável Técnico, e de seu(s) substituto(s), seguido do número de inscrição no Conselho Regional de Farmácia;
 - VI - horário de trabalho de cada farmacêutico; e
 - VII - números atualizados de telefone do Conselho Regional de Farmácia e do órgão Estadual e Municipal de Vigilância Sanitária.

Art. 3º As farmácias e as drogarias devem ter, obrigatoriamente, a assistência de farmacêutico responsável técnico ou de seu substituto, durante todo o horário de funcionamento do estabelecimento, nos termos da legislação vigente.

Art. 4º Esses estabelecimentos têm a responsabilidade de garantir e zelar pela manutenção da qualidade e segurança dos produtos objeto desta Resolução, bem como pelo uso racional de medicamentos, a fim de evitar riscos e efeitos nocivos à saúde.

Parágrafo único. As empresas responsáveis pelas etapas de produção, importação, distribuição, transporte e dispensação são solidariamente responsáveis pela qualidade e segurança dos produtos farmacêuticos objetos de suas atividades específicas.

CAPÍTULO III
DA INFRA-ESTRUTURA FÍSICA

Seção I
Das Condições Gerais

Art. 5º As farmácias e drogarias devem ser localizadas, projetadas, dimensionadas, construídas ou adaptadas com infra-estrutura compatível com as atividades a serem desenvolvidas, possuindo, no mínimo, ambientes para atividades administrativas, recebimento e armazenamento dos produtos, dispensação de medicamentos, depósito de material de limpeza e sanitário.

Art. 6º As áreas internas e externas devem permanecer em boas condições físicas e estruturais, de modo a permitir a higiene e a não oferecer risco

ao usuário e aos funcionários.

§1º As instalações devem possuir superfícies internas (piso, paredes e teto) lisas e impermeáveis, em perfeitas condições, resistentes aos agentes sanitizantes e facilmente laváveis.

§2º Os ambientes devem ser mantidos em boas condições de higiene e protegidos contra a entrada de insetos, roedores ou outros animais.

§3º As condições de ventilação e iluminação devem ser compatíveis com as atividades desenvolvidas em cada ambiente.

§4º O estabelecimento deve possuir equipamentos de combate a incêndio em quantidade suficiente, conforme legislação específica.

Art. 7º O programa de sanitização, incluindo desratização e desinsetização, deve ser executado por empresa licenciada para este fim perante os órgãos competentes.

Parágrafo único. Devem ser mantidos, no estabelecimento, os registros da execução das atividades relativas ao programa de que trata este artigo.

Art. 8º Os materiais de limpeza e germicidas em estoque devem estar regularizados junto à Anvisa e serem armazenados em área ou local especificamente designado e identificado.

Art. 9º O sanitário deve ser de fácil acesso, possuir pia com água corrente e dispor de toalha de uso individual e descartável, sabonete líquido, lixeira com pedal e tampa.

Parágrafo único. O local deve permanecer em boas condições de higiene e limpeza.

Art. 10. Deve ser definido local específico para guarda dos pertences dos funcionários no ambiente destinado às atividades administrativas.

Art. 11. As salas de descanso e refeitório, quando existentes, devem estar separadas dos demais ambientes.

Art. 12. O estabelecimento deve ser abastecido com água potável e, quando possuir caixa d'água própria, ela deve estar devidamente protegida para evitar a entrada de animais de qualquer porte, sujidades ou quaisquer outros contaminantes, devendo definir procedimentos escritos para a limpeza da caixa d'água e manter os registros que comprovem sua realização.

Art. 13. O acesso às instalações das farmácias e drogarias deve ser independente de forma a não permitir a comunicação com residências ou qualquer outro local distinto do estabelecimento.

§1º Tal comunicação somente é permitida quando a farmácia ou drogaria estiverem localizadas no interior de galerias de shoppings e supermercados.

§2º As farmácias e drogarias localizadas no interior de galerias de shoppings e supermercados podem compartilhar as áreas comuns destes estabelecimentos destinadas para sanitário, depósito de material de limpeza e local para guarda dos pertences dos funcionários.

Art. 14. As farmácias magistrais devem observar as exigências relacionadas à infra-estrutura física estabelecidas na legislação específica de Boas Práticas de Manipulação de Preparações Magistrais e Oficinais para Uso Humano.

Seção II

Do Ambiente Destinado aos Serviços Farmacêuticos

Art. 15. O ambiente destinado aos serviços farmacêuticos deve ser diverso daquele destinado à dispensação e à circulação de pessoas em geral, devendo o estabelecimento dispor de espaço específico para esse fim.

§1º O ambiente para prestação dos serviços que demandam atendimento individualizado deve garantir a privacidade e o conforto dos usuários, possuindo dimensões, mobiliário e infra-estrutura compatíveis com as atividades e serviços a serem oferecidos.

§2º O ambiente deve ser provido de lavatório contendo água corrente e dispor de toalha de uso individual e descartável, sabonete líquido, gel bactericida e lixeira com pedal e tampa.

§3º O acesso ao sanitário, caso exista, não deve se dar através do ambiente destinado aos serviços farmacêuticos.

§4º O conjunto de materiais para primeiros-socorros deve estar identificado e de fácil acesso nesse ambiente.

Art. 16. O procedimento de limpeza do espaço para a prestação de serviços farmacêuticos deve ser registrado e realizado diariamente no início e ao término do horário de funcionamento.

§1º O ambiente deve estar limpo antes de todos os atendimentos nele realizados, a fim de minimizar riscos à saúde dos usuários e dos funcionários do estabelecimento.

§2º Após a prestação de cada serviço deve ser verificada a necessidade de realizar novo procedimento de limpeza, a fim de garantir o cumprimento ao parágrafo anterior.

CAPÍTULO IV

DOS RECURSOS HUMANOS

Seção I

Das Condições Gerais

Art. 17. Os funcionários devem permanecer identificados e com uniformes limpos e em boas condições de uso.

Parágrafo único. O uniforme ou a identificação usada pelo farmacêutico deve distingui-lo dos demais funcionários de modo a facilitar sua identificação pelos usuários da farmácia ou drogaria.

Art. 18. Para assegurar a proteção do funcionário, do usuário e do produto contra contaminação ou danos à saúde, devem ser disponibilizados aos funcionários envolvidos na prestação de serviços farmacêuticos equipamentos de proteção individual (EPIs).

Seção II

Das Responsabilidades e Atribuições

Art. 19. As atribuições e responsabilidades individuais devem estar descritas no Manual de Boas Práticas Farmacêuticas do estabelecimento e ser compreensíveis a todos os funcionários.

Art. 20. As atribuições do farmacêutico responsável técnico são aquelas estabelecidas pelos conselhos federal e regional de farmácia, observadas a legislação sanitária vigente para farmácias e drogarias.

Parágrafo único. O farmacêutico responsável técnico pode delegar algumas das atribuições para outro farmacêutico, com exceção das relacionadas à supervisão e responsabilidade pela assistência técnica do estabelecimento, bem como daquelas consideradas indelegáveis pela legislação específica dos conselhos federal e regional de farmácia.

Art. 21. A prestação de serviço farmacêutico deve ser realizada por profissional devidamente capacitado, respeitando-se as determinações estabelecidas pelos conselhos federal e regional de farmácia.

Art. 22. Os técnicos auxiliares devem realizar as atividades que não são privativas de farmacêutico respeitando os Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) do estabelecimento e o limite de atribuições e competências estabelecidos pela legislação vigente, sob supervisão do farmacêutico responsável técnico ou do farmacêutico substituto.

Art. 23. São atribuições do responsável legal do estabelecimento:

I - prover os recursos financeiros, humanos e materiais necessários ao funcionamento do estabelecimento;

II - prover as condições necessárias para o cumprimento desta Resolução, assim como das demais normas sanitárias federais, estaduais e municipais vigentes e aplicáveis às farmácias e drogarias;

III - assegurar as condições necessárias à promoção do uso racional de medicamentos no estabelecimento; e

IV - prover as condições necessárias para capacitação e treinamento de todos os profissionais envolvidos nas atividades do estabelecimento.

Seção III

Da Capacitação dos Funcionários

Art. 24. Todos os funcionários devem ser capacitados quanto ao cumprimento da legislação sanitária vigente e aplicável às farmácias e drogarias, bem como dos Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) do estabelecimento.

Art. 25. Todo o pessoal, inclusive de limpeza e manutenção, deve receber treinamento inicial e continuado com relação à importância do autocuidado, incluídas instruções de higiene pessoal e de ambiente, saúde, conduta e elementos básicos em microbiologia, relevantes para a qualidade dos produtos e serviços oferecidos aos usuários.

Art. 26. Deve ser fornecido treinamento inicial e contínuo quanto ao uso e descarte de EPIs, de acordo com o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - PGRSS, conforme legislação específica.

Art. 27. Nos treinamentos, os funcionários devem ser instruídos sobre procedimentos a serem adotados em caso de acidente e episódios envolvendo riscos à saúde dos funcionários ou dos usuários das farmácias e drogarias.

Art. 28. Devem ser mantidos registros de cursos e treinamentos dos funcionários contendo, no mínimo, as seguintes informações:

I - descrição das atividades de capacitação realizadas;

II - data da realização e carga horária;

III - conteúdo ministrado;

IV - trabalhadores treinados e suas respectivas assinaturas;

V - identificação e assinatura do profissional, equipe ou empresa que executou o curso ou treinamento; e

VI - resultado da avaliação.

CAPÍTULO V

DA COMERCIALIZAÇÃO E DISPENSAÇÃO DE PRODUTOS

Seção I

Dos Produtos com Dispensação ou Comercialização Permitidas

Art. 29. Além de medicamentos, o comércio e dispensação de determinados correlatos poderá ser extensivo às farmácias e drogarias em todo território nacional, conforme relação, requisitos e condições estabelecidos em legislação sanitária específica.

Seção II

Da Aquisição e Recebimento

Art. 30. Somente podem ser adquiridos produtos regularizados junto à Anvisa, conforme legislação vigente.

§1º A regularidade dos produtos consiste no registro, notificação ou cadastro, conforme a exigência determinada em legislação sanitária específica para cada categoria de produto.

§2º A legislação sanitária pode estabelecer, ainda, a isenção do registro, notificação ou cadastro de determinados produtos junto à Anvisa.

Art. 31. As farmácias e drogarias devem estabelecer, documentar e implementar critérios para garantir a origem e qualidade dos produtos adquiridos.

§1º A aquisição de produtos deve ser feita por meio de distribuidores legalmente autorizados e licenciados conforme legislação sanitária vigente.

§2º O nome, o número do lote e o fabricante dos produtos adquiridos devem estar discriminados na nota fiscal de compra e serem conferidos no momento do recebimento.

Art. 32. O recebimento dos produtos deve ser realizado em área específica e por pessoa treinada e em conformidade com Procedimento Operacional Padrão (POP) e com as disposições desta Resolução.

Art. 33. Somente é permitido o recebimento de produtos que atendam aos critérios definidos para a aquisição e que tenham sido transportados conforme especificações do fabricante e condições estabelecidas na legislação sanitária específica.

Art. 34. No momento do recebimento deverá ser verificado o bom estado de conservação, a legibilidade do número de lote e prazo de validade e a presença de mecanismo de conferência da autenticidade e origem do produto, além de observadas outras especificidades legais e regulamentares vigentes sobre rótulo e embalagem, a fim de evitar a exposição dos usuários a produtos falsificados, corrompidos, adulterados, alterados ou impróprios para o uso.

§1º Caso haja suspeita de que os produtos sujeitos às normas de vigilância sanitária tenham sido falsificados, corrompidos, adulterados, alterados ou impróprios para o uso, estes devem ser imediatamente separados dos demais produtos, em ambiente seguro e diverso da área de dispensação, devendo a sua identificação indicar claramente que não se destinam ao uso ou comercialização.

§2º No caso do parágrafo anterior, o farmacêutico deve notificar imediatamente a autoridade sanitária competente, informando os dados de identificação do produto, de forma a permitir as ações sanitárias pertinentes.

Seção III

Das Condições de Armazenamento

Art. 35. Todos os produtos devem ser armazenados de forma ordenada, seguindo as especificações do fabricante e sob condições que garantam a manutenção de sua identidade, integridade, qualidade, segurança, eficácia e rastreabilidade.

§1º O ambiente destinado ao armazenamento deve ter capacidade suficiente para assegurar o armazenamento ordenado das diversas categorias de produtos.

§2º O ambiente deve ser mantido limpo, protegido da ação direta da luz solar, umidade e calor, de modo a preservar a identidade e integridade química, física e microbiológica, garantindo a qualidade e segurança dos mesmos.

§3º Para aqueles produtos que exigem armazenamento em temperatura abaixo da temperatura ambiente, devem ser obedecidas as especificações declaradas na respectiva embalagem, devendo a temperatura do local ser medida e registrada diariamente.

§4º Deve ser definida em Procedimento Operacional Padrão (POP) a metodologia de verificação da temperatura e umidade, especificando faixa de horário para medida considerando aquela na qual há maior probabilidade de se encontrar a maior temperatura e umidade do dia.

§5º O Procedimento Operacional Padrão (POP) deverá definir medidas a serem tomadas quando forem verificadas condições inadequadas para o armazenamento, considerando o disposto nesta Resolução.

Art. 36. Os produtos devem ser armazenados em gavetas, prateleiras ou suporte equivalente, afastados do piso, parede e teto, a fim de permitir sua fácil limpeza e inspeção.

Art. 37. O estabelecimento que realizar dispensação de medicamentos sujeitos a controle especial deve dispor de sistema segregado (armário resistente ou sala própria) com chave para o seu armazenamento, sob a guarda do farmacêutico, observando as demais condições estabelecidas em legislação específica.

Art. 38. Os produtos violados, vencidos, sob suspeita de falsificação, corrupção, adulteração ou alteração devem ser segregados em ambiente seguro e diverso da área de dispensação e identificados quanto a sua condição e destino, de modo a evitar sua entrega ao consumo.

§1º Esses produtos não podem ser comercializados ou utilizados e seu destino deve observar legislação específica federal, estadual ou municipal.

§2º A inutilização e o descarte desses produtos deve obedecer às exigências de legislação específica para Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, assim como normas estaduais ou municipais complementares.

§3º Quando o impedimento de uso for determinado por ato da autoridade de vigilância sanitária ou por iniciativa do fabricante, importador ou distribuidor, o recolhimento destes produtos deve seguir regulamentação específica.

§4º A política da empresa em relação aos produtos com o prazo de validade próximo ao vencimento deve estar clara a todos os funcionários e descrita no Manual de Boas Práticas Farmacêuticas do estabelecimento.

Art. 39. O armazenamento de produtos corrosivos, inflamáveis ou explosivos deve ser justificado em Procedimento Operacional Padrão (POP), o qual deve determinar sua guarda longe de fontes de calor e de materiais que provoquem faíscas e de acordo com a legislação específica.

Seção IV

Da Organização e Exposição dos Produtos

Art. 40. Os produtos de dispensação e comercialização permitidas em farmácias e drogarias nos termos da legislação vigente devem ser organizados em área de circulação comum ou em área de circulação restrita aos funcionários, conforme o tipo e categoria do produto.

§1º Os medicamentos deverão permanecer em área de circulação restrita aos funcionários, não sendo permitida sua exposição direta ao alcance dos usuários do estabelecimento.

§ 2º Os medicamentos isentos de prescrição poderão permanecer ao alcance dos usuários para obtenção por meio de autosserviço no estabelecimento. *(Redação dada pela Resolução 41/2012)*

§3º Os demais produtos poderão permanecer expostos em área de circulação comum.

Art. 41. Na área destinada aos medicamentos, deve estar exposto cartaz, em local visível ao público, contendo a seguinte orientação, de forma legível e ostensiva, permitindo a fácil leitura a partir da área de circulação comum: " MEDICAMENTOS PODEM CAUSAR EFEITOS INDESEJADOS. EVITE A AUTOMEDICAÇÃO: INFORME-SE COM O FARMACÊUTICO ". *(Redação dada pela Resolução 41/2012)*

§ 1º. Os medicamentos isentos de prescrição e de mesmo princípio ativo ou de mesmos princípios ativos (no caso de associações) devem permanecer organizados em um mesmo local e serem identificados, de forma visível e ostensiva ao usuário, com a Denominação Comum Brasileira (DCB) do(s) princípio(s) ativo(s) ou, em sua falta, da Denominação Comum Internacional (DCI), de modo a permitir a fácil identificação dos produtos pelo usuário. *(Incluído pela Resolução 41/2012)*

§ 2º. Os medicamentos isentos de prescrição devem ser dispostos de forma separada dos demais produtos comercializados na área de autosserviço. *(Incluído pela Resolução 41/2012)*

Seção V

Da Dispensação de Medicamentos

Art. 42. O estabelecimento farmacêutico deve assegurar ao usuário o direito à informação e orientação quanto ao uso de medicamentos.

§1º O estabelecimento deve manter à disposição dos usuários, em local de fácil visualização e de modo a permitir a imediata identificação, lista atualizada dos medicamentos genéricos comercializados no país, conforme relação divulgada pela Anvisa e disponibilizada no seu sítio eletrônico no endereço <http://www.anvisa.gov.br>.

§2º São elementos importantes da orientação, entre outros, a ênfase no cumprimento da posologia, a influência dos alimentos, a interação com outros medicamentos, o reconhecimento de reações adversas potenciais e as condições de conservação do produto.

Art. 43. Os medicamentos sujeitos à prescrição somente podem ser dispensados mediante apresentação da respectiva receita.

Art. 44. O farmacêutico deverá avaliar as receitas observando os seguintes itens:

I - legibilidade e ausência de rasuras e emendas;

II - identificação do usuário;

III - identificação do medicamento, concentração, dosagem, forma farmacêutica e quantidade;

IV - modo de usar ou posologia;

V - duração do tratamento;

VI - local e data da emissão; e

VII - assinatura e identificação do prescritor com o número de registro no respectivo conselho profissional.

Parágrafo único. O prescritor deve ser contactado para esclarecer eventuais problemas ou dúvidas detectadas no momento da avaliação da receita.

Art. 45. Não podem ser dispensados medicamentos cujas receitas estiverem ilegíveis ou que possam induzir a erro ou confusão.

Art. 46. No momento da dispensação dos medicamentos deve ser feita a inspeção visual para verificar, no mínimo, a identificação do medicamento, o prazo de validade e a integridade da embalagem.

Art. 47. A dispensação de medicamentos genéricos, no que tange à intercambialidade, deve ser feita de acordo com o disposto na legislação específica.

Art. 48. Para o fracionamento de medicamentos devem ser cumpridos os critérios e condições estabelecidos na legislação específica.

Art. 49. A dispensação de medicamentos sujeitos a controle especial deve atender às disposições contidas na legislação específica.

Art. 50. É vedada a captação de receitas contendo prescrições magistrais e oficinais em drogarias, ervanárias e postos de medicamentos, ainda que em filiais da mesma empresa, bem como a intermediação entre empresas.

Art. 51. A política da empresa em relação aos produtos com o prazo de validade próximo ao vencimento deve estar clara a todos os funcionários e descrita no Procedimento Operacional Padrão (POP) e prevista no Manual de Boas Práticas Farmacêuticas do estabelecimento.

§1º O usuário deve ser alertado quando for dispensado produto com prazo de validade próximo ao seu vencimento.

§2º É vedado dispensar medicamentos cuja posologia para o tratamento não possa ser concluída no prazo de validade.

Subseção I

Da solicitação remota para dispensação de medicamentos

Art. 52. Somente farmácias e drogarias abertas ao público, com farmacêutico responsável presente durante todo o horário de funcionamento, podem realizar a dispensação de medicamentos solicitados por meio remoto, como telefone, fac-símile (fax) e internet.

§1º É imprescindível a apresentação e a avaliação da receita pelo farmacêutico para a dispensação de medicamentos sujeitos à prescrição, solicitados por meio remoto.

§2º É vedada a comercialização de medicamentos sujeitos a controle especial solicitados por meio remoto, excetuadas as permissões dispostas em legislação específica. *(Redação dada pela [Resolução 812/2023](#))*

§3º O local onde se encontram armazenados os estoques de medicamentos para dispensação solicitada por meio remoto deverá necessariamente ser uma farmácia ou drogaria aberta ao público nos termos da legislação vigente.

Art. 53. O pedido pela internet deve ser feito por meio do sítio eletrônico do estabelecimento ou da respectiva rede de farmácia ou drogaria.

§1º O sítio eletrônico deve utilizar apenas o domínio ".com.br", e deve conter, na página principal, os seguintes dados e informações:

I - razão social e nome fantasia da farmácia ou drogaria responsável pela dispensação, CNPJ, endereço geográfico completo, horário de funcionamento e telefone;

II - nome e número de inscrição no Conselho do Farmacêutico Responsável Técnico;

III - Licença ou Alvará Sanitário expedido pelo órgão Estadual ou Municipal de Vigilância Sanitária, segundo legislação vigente;

IV - Autorização de Funcionamento de Empresa (AFE) expedida pela Anvisa;

V - Autorização Especial de Funcionamento (AE) para farmácias, quando aplicável; e

VI - link direto para informações sobre:

a) nome e número de inscrição no Conselho do Farmacêutico, no momento do atendimento;

b) mensagens de alerta e recomendações sanitárias determinadas pela Anvisa;

c) condição de que os medicamentos sob prescrição só serão dispensados mediante a apresentação da receita e o meio pelo qual deve ser apresentada ao estabelecimento (fac-símile; e-mail ou outros).

§2º É vedada a oferta de medicamentos na internet em sítio eletrônico que não pertença a farmácias ou drogarias autorizadas e licenciadas pelos órgãos de vigilância sanitária competentes.

Art. 54. É vedada a utilização de imagens, propaganda, publicidade e promoção de medicamentos de venda sob prescrição médica em qualquer parte do sítio eletrônico.

§1º A divulgação dos preços dos medicamentos disponíveis para compra na farmácia ou drogaria deve ser feita por meio de listas nas quais devem constar somente:

I - o nome comercial do produto;

II - o(s) princípio(s) ativo(s), conforme Denominação Comum Brasileira;

III - a apresentação do medicamento, incluindo a concentração, forma farmacêutica e a quantidade;

IV - o número de registro na Anvisa;

V - o nome do detentor do registro; e

VI - o preço do medicamento.

§2º As listas de preços não poderão utilizar designações, símbolos, figuras, imagens, desenhos, marcas figurativas ou mistas, slogans e quaisquer argumentos de cunho publicitário em relação aos medicamentos.

§3º As propagandas de medicamentos isentos de prescrição e as propagandas e materiais que divulgam descontos de preços devem atender

integralmente ao disposto na legislação específica.

§4º As frases de advertências exigidas para os medicamentos isentos de prescrição devem ser apresentadas em destaque, conforme legislação específica.

Art. 55. As farmácias e drogarias que realizarem a dispensação de medicamentos solicitados por meio da internet devem informar o endereço do seu sítio eletrônico na Autorização de Funcionamento (AFE) expedida pela Anvisa.

Art. 56. O transporte do medicamento para dispensação solicitada por meio remoto é responsabilidade do estabelecimento farmacêutico e deve assegurar condições que preservem a integridade e qualidade do produto, respeitando as restrições de temperatura e umidade descritas na embalagem do medicamento pelo detentor do registro, além de atender as Boas Práticas de Transporte previstas na legislação específica.

§1º Os produtos termossensíveis devem ser transportados em embalagens especiais que mantenham temperatura compatível com sua conservação.

§2º Os medicamentos não devem ser transportados juntamente com produtos ou substâncias que possam afetar suas características de qualidade, segurança e eficácia.

§3º O estabelecimento deve manter Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) contendo as condições para o transporte e criar mecanismos que garantam a sua inclusão na rotina de trabalho de maneira sistemática.

§4º No caso de terceirização do serviço de transporte, este deve ser feito por empresa devidamente regularizada conforme a legislação vigente.

Art. 57. É permitida às farmácias e drogarias a entrega de medicamentos por via postal desde que atendidas as condições sanitárias que assegurem a integridade e a qualidade dos produtos, conforme legislação vigente.

Art. 58. O estabelecimento farmacêutico deve assegurar ao usuário o direito à informação e orientação quanto ao uso de medicamentos solicitados por meio remoto.

§1º Para os fins deste artigo, deve ser garantido aos usuários meios para comunicação direta e imediata com o Farmacêutico Responsável Técnico, ou seu substituto, presente no estabelecimento.

§2º Junto ao medicamento solicitado deve ser entregue cartão, ou material impresso equivalente, com o nome do farmacêutico, telefone e endereço do estabelecimento, contendo recomendação ao usuário para que entre em contato com o farmacêutico em caso de dúvidas ou para receber orientações relativas ao uso do medicamento.

§3 O cartão ou material descrito no parágrafo anterior não poderá utilizar designações, símbolos, figuras, imagens, marcas figurativas ou mistas, slogans e quaisquer argumentos de cunho publicitário em relação a medicamentos.

Art. 59. É responsabilidade do estabelecimento farmacêutico detentor do sítio eletrônico, ou da respectiva rede de farmácia ou drogaria, quando for o caso, assegurar a confidencialidade dos dados, a privacidade do usuário e a garantia de que acessos indevidos ou não autorizados a estes dados sejam evitados e que seu sigilo seja garantido.

Parágrafo único. Os dados dos usuários não podem ser utilizados para qualquer forma de promoção, publicidade, propaganda ou outra forma de indução de consumo de medicamentos.

Seção VI

Da dispensação de outros produtos

Art. 60. O usuário dos produtos comercializados em farmácias e drogarias, conforme legislação vigente, tem o direito a obter informações acerca do uso correto e seguro, assim como orientações sobre as condições ideais de armazenamento.

CAPÍTULO VI

DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS

Art. 61. Além da dispensação, poderá ser permitida às farmácias e drogarias a prestação de serviços farmacêuticos conforme requisitos e condições estabelecidos nesta Resolução.

§1º São considerados serviços farmacêuticos passíveis de serem prestados em farmácias ou drogarias a atenção farmacêutica e a perfuração de lóbulo auricular para colocação de brincos.

§2º A prestação de serviço de atenção farmacêutica compreende a atenção farmacêutica domiciliar, a aferição de parâmetros fisiológicos, a execução de Exames de Análises Clínicas nos termos da legislação vigente e a administração de medicamentos. *(Redação dada pela [Resolução 786/2023](#))*

§3º Somente serão considerados regulares os serviços farmacêuticos devidamente indicados no licenciamento de cada estabelecimento, sendo vedado utilizar qualquer dependência da farmácia ou drogaria como consultório ou outro fim diverso do licenciamento, nos termos da lei.

§4º A prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias deve ser permitida por autoridade sanitária mediante prévia inspeção para verificação do atendimento aos requisitos mínimos dispostos nesta Resolução, sem prejuízo das disposições contidas em normas sanitárias complementares estaduais e municipais.

§5º É vedado à farmácia e drogaria prestar serviços não abrangidos por esta Resolução.

Art. 62. O estabelecimento deve manter disponível, para informar ao usuário, lista atualizada com a identificação dos estabelecimentos públicos de saúde mais próximos, contendo a indicação de endereço e telefone.

Seção I

Da Atenção Farmacêutica

Art. 63. A atenção farmacêutica deve ter como objetivos a prevenção, detecção e resolução de problemas relacionados a medicamentos, promover o uso racional dos medicamentos, a fim de melhorar a saúde e qualidade de vida dos usuários.

§1º Para subsidiar informações quanto ao estado de saúde do usuário e situações de risco, assim como permitir o acompanhamento ou a avaliação da eficácia do tratamento prescrito por profissional habilitado, fica permitida a aferição de determinados parâmetros fisiológicos e a execução de Exames de Análises Clínicas previstos na legislação vigente, nos termos e condições desta Resolução. *(Redação dada pela [Resolução 786/2023](#))*

§2º Também fica permitida a administração de medicamentos, nos termos e condições desta Resolução.

Art. 64. Devem ser elaborados protocolos para as atividades relacionadas à atenção farmacêutica, incluídas referências bibliográficas e indicadores

para avaliação dos resultados.

§1º As atividades devem ser documentadas de forma sistemática e contínua, com o consentimento expresso do usuário.

§2º Os registros devem conter, no mínimo, informações referentes ao usuário (nome, endereço e telefone), às orientações e intervenções farmacêuticas realizadas e aos resultados delas decorrentes, bem como informações do profissional responsável pela execução do serviço (nome e número de inscrição no Conselho Regional de Farmácia).

Art. 65. As ações relacionadas à atenção farmacêutica devem ser registradas de modo a permitir a avaliação de seus resultados.

Parágrafo único. Procedimento Operacional Padrão deverá dispor sobre a metodologia de avaliação dos resultados.

Art. 66. O farmacêutico deve orientar o usuário a buscar assistência de outros profissionais de saúde, quando julgar necessário, considerando as informações ou resultados decorrentes das ações de atenção farmacêutica.

Art. 67. O farmacêutico deve contribuir para a farmacovigilância, notificando a ocorrência ou suspeita de evento adverso ou queixa técnica às autoridades sanitárias.

Subseção I

Da Atenção Farmacêutica Domiciliar

Art. 68. A atenção farmacêutica domiciliar consiste no serviço de atenção farmacêutica disponibilizado pelo estabelecimento farmacêutico no domicílio do usuário, nos termos desta Resolução.

Parágrafo único. A prestação de atenção farmacêutica domiciliar por farmácias e drogarias somente é permitida a estabelecimentos devidamente licenciados e autorizados pelos órgãos sanitários competentes.

Subseção II

Da Aferição Dos Parâmetros Fisiológicos e Execução De Exame De Análises Clínicas

(Redação dada pela [Resolução 786/2023](#))

Art. 69. A aferição de parâmetros fisiológicos e a execução de Exames de Análises Clínicas oferecidas na farmácia e drogaria devem ter como finalidade a assistência farmacêutica, assistência à saúde e orientação sanitária, não possuindo, em nenhuma hipótese, o objetivo de diagnóstico.
(Redação dada pela [Resolução 786/2023](#))

§1º Os parâmetros fisiológicos cuja aferição é permitida nos termos desta Resolução são pressão arterial e temperatura corporal.

§2º (Revogado pela [Resolução 786/2023](#))

§3º Verificada discrepância entre os valores encontrados e os valores de referência constantes em literatura técnico-científica idônea, o usuário deverá ser orientado a procurar assistência médica.

§4º Ainda que seja verificada discrepância entre os valores encontrados e os valores de referência, não poderão ser indicados medicamentos ou alterados os medicamentos em uso pelo paciente quando estes possuam restrição de "venda sob prescrição médica".

Art. 70. (Revogado pela [Resolução 786/2023](#))

Parágrafo único. (Revogado pela [Resolução 786/2023](#))

Art. 71. Para a medição de parâmetros fisiológicos e para a execução de exames de análises clínicas permitidos deverão ser utilizados materiais, aparelhos, instrumentos e acessórios que estejam regularizados junto à Anvisa . *(Redação dada pela [Resolução 786/2023](#))*

Parágrafo único. Devem ser mantidos registros das manutenções e calibrações periódicas dos aparelhos, segundo regulamentação específica do órgão competente e instruções do fabricante do equipamento.

Art. 72. As instruções escritas relacionadas aos procedimentos de aferição de parâmetros fisiológicos e execução de Exames de Análises Clínicas devem indicar claramente os instrumentos e as técnicas ou metodologias utilizadas, parâmetros de interpretação de resultados e as referências bibliográficas utilizadas. *(Redação dada pela [Resolução 786/2023](#))*

Parágrafo único. As instruções escritas devem incluir os equipamentos de proteção individual (EPI) a serem utilizados para a medição de parâmetros fisiológicos e para a execução de Exames de Análises Clínicas, assim como trazer orientações sobre seu uso e descarte. *(Redação dada pela [Resolução 786/2023](#))*

Art. 73. Os procedimentos que gerem resíduos de saúde, como materiais perfurocortantes, gaze ou algodão sujos com sangue, deverão ser descartados conforme as exigências de legislação específica para Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.

Subseção III

Da Administração de Medicamentos

Art. 74. Fica permitida a administração de medicamentos nas farmácias e drogarias no contexto do acompanhamento farmacoterapêutico.

Parágrafo único. É vedada a administração de medicamentos de uso exclusivo hospitalar.

Art. 75. Os medicamentos para os quais é exigida a prescrição médica devem ser administrados mediante apresentação de receita e após sua avaliação pelo farmacêutico.

§1º O farmacêutico deve entrar em contato com o profissional prescritor para esclarecer eventuais problemas ou dúvidas que tenha detectado no momento da avaliação da receita.

§2º A data de validade do medicamento deve ser verificada antes da administração.

Art. 76. Os medicamentos adquiridos no estabelecimento, a serem utilizados na prestação de serviços de que trata esta seção, cujas embalagens permitam múltiplas doses, devem ser entregues ao usuário após a administração, no caso de sobra.

§1º O usuário deve ser orientado quanto às condições de armazenamento necessárias à preservação da qualidade do produto.

§2º É vedado o armazenamento em farmácias e drogarias de medicamentos cuja embalagem primária tenha sido violada.

Art. 77. Para a administração de medicamentos deverão ser utilizados materiais, aparelhos e acessórios que possuam registro, notificação, cadastro ou que sejam legalmente dispensados de tais requisitos junto à Anvisa.

Parágrafo único. Devem ser mantidos registros das manutenções e calibrações periódicas dos aparelhos, segundo regulamentação específica do órgão competente e instruções do fabricante do equipamento.

Seção II

Da Perfuração do Lóbulo Auricular para Colocação de Brincos

Art. 78. A perfuração do lóbulo auricular deverá ser feita com aparelho específico para esse fim e que utilize o brinco como material perfurante.

Parágrafo único. É vedada a utilização de agulhas de aplicação de injeção, agulhas de suturas e outros objetos para a realização da perfuração.

Art. 79. Os brincos e a pistola a serem oferecidos aos usuários devem estar regularizados junto à Anvisa, conforme legislação vigente.

§1º Os brincos deverão ser conservados em condições que permitam a manutenção da sua esterilidade.

§2º Sua embalagem deve ser aberta apenas no ambiente destinado à perfuração, sob a observação do usuário e após todos os procedimentos de assepsia e anti-sepsia necessários para evitar a contaminação do brinco e uma possível infecção do usuário.

Art. 80. Os procedimentos relacionados à anti-sepsia do lóbulo auricular do usuário e das mãos do aplicador, bem como ao uso e assepsia do aparelho utilizado para a perfuração deverão estar descritos em Procedimentos Operacionais Padrão (POPs).

§1º Deve estar descrita a referência bibliográfica utilizada para o estabelecimento dos procedimentos e materiais de anti-sepsia e assepsia.

§2º Procedimento Operacional Padrão (POP) deverá especificar os equipamentos de proteção individual a serem utilizados, assim como apresentar instruções para seu uso e descarte.

Seção III

Da Declaração de Serviço Farmacêutico

Art. 81. Após a prestação do serviço farmacêutico deve ser entregue ao usuário a Declaração de Serviço Farmacêutico.

§1º A Declaração de Serviço Farmacêutico deve ser elaborada em papel com identificação do estabelecimento, contendo nome, endereço, telefone e CNPJ, assim como a identificação do usuário ou de seu responsável legal, quando for o caso.

§2º A Declaração de Serviço Farmacêutico deve conter, conforme o serviço farmacêutico prestado, no mínimo, as seguintes informações:

I - atenção farmacêutica:

a) medicamento prescrito e dados do prescritor (nome e inscrição no conselho profissional), quando houver;

b) indicação de medicamento isento de prescrição e a respectiva posologia, quando houver;

c) valores dos parâmetros fisiológicos e dos resultados dos Exames de Análises Clínicas, quando houver, seguidos dos respectivos valores considerados normais; *(Redação dada pela Resolução 786/2023)*

d) frase de alerta, quando houver medição de parâmetros fisiológicos e realização de Exames de Análises Clínicas: "ESTE PROCEDIMENTO NÃO TEM FINALIDADE DE DIAGNÓSTICO E NÃO SUBSTITUI A CONSULTA MÉDICA"; *(Redação dada pela Resolução 786/2023)*

e) dados do medicamento administrado, quando houver:

1. nome comercial, exceto para genéricos;

2. denominação comum brasileira;

3. concentração e forma farmacêutica;

4. via de administração;

5. número do lote; e

6. número de registro na Anvisa.

f) orientação farmacêutica;

g) plano de intervenção, quando houver; e

h) data, assinatura e carimbo com inscrição no Conselho Regional de Farmácia (CRF) do farmacêutico responsável pelo serviço.

II - perfuração do lóbulo auricular para colocação de brincos:

a) dados do brinco:

1. nome e CNPJ do fabricante; e

2. número do lote.

b) dados da pistola:

1. nome e CNPJ do fabricante; e

2. número do lote.

c) data, assinatura e carimbo com inscrição no Conselho Regional de Farmácia (CRF) do farmacêutico responsável pelo serviço.

§3º É proibido utilizar a Declaração de Serviço Farmacêutico com finalidade de propaganda ou publicidade ou para indicar o uso de medicamentos para os quais é exigida prescrição médica ou de outro profissional legalmente habilitado.

§4º A Declaração de Serviço Farmacêutico deve ser emitida em duas vias, sendo que a primeira deve ser entregue ao usuário e a segunda permanecer arquivada no estabelecimento.

Art. 82. Os dados e informações obtidos em decorrência da prestação de serviços farmacêuticos devem receber tratamento sigiloso, sendo vedada sua utilização para finalidade diversa à prestação dos referidos serviços.

Art. 83. Os Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) relacionados devem conter instruções sobre limpeza dos ambientes, uso e assepsia dos aparelhos e acessórios, uso e descarte dos materiais perfurocortantes e anti-sepsia aplicada ao profissional e ao usuário.

Art. 84. A execução de qualquer serviço farmacêutico deve ser precedida da anti-sepsia das mãos do profissional, independente do uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI).

CAPÍTULO VII

DA DOCUMENTAÇÃO

Art. 85. Deve ser elaborado Manual de Boas Práticas Farmacêuticas, específico para o estabelecimento, visando ao atendimento ao disposto nesta Resolução, de acordo com as atividades a serem realizadas.

Art. 86. O estabelecimento deve manter Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), de acordo com o previsto no Manual de Boas Práticas Farmacêuticas, no mínimo, referentes às atividades relacionadas a:

I - manutenção das condições higiênicas e sanitárias adequadas a cada ambiente da farmácia ou drogaria;

II - aquisição, recebimento e armazenamento dos produtos de comercialização permitida;

III - exposição e organização dos produtos para comercialização;

IV - dispensação de medicamentos;

V - destino dos produtos com prazos de validade vencidos;

VI - destinação dos produtos próximos ao vencimento;

VII - prestação de serviços farmacêuticos permitidos, quando houver;

VIII - utilização de materiais descartáveis e sua destinação após o uso; e

IX - outros já exigidos nesta Resolução.

Art. 87. Os Procedimentos Operacionais Padrão (POP) devem ser aprovados, assinados e datados pelo farmacêutico responsável técnico.

§1º Qualquer alteração introduzida deve permitir o conhecimento de seu conteúdo original e, conforme o caso, ser justificado o motivo da alteração.

§2º Devem estar previstas as formas de divulgação aos funcionários envolvidos com as atividades por eles realizadas.

§3º Deve estar prevista revisão periódica dos Procedimentos Operacionais Padrão (POP) para fins de atualização ou correções que se façam necessárias.

Art. 88. O estabelecimento deve manter registros, no mínimo, referentes a:

I - treinamento de pessoal;

II - serviço farmacêutico prestado, quando houver;

III - divulgação do conteúdo dos Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) aos funcionários, de acordo com as atividades por eles realizadas;

IV - execução de programa de combate a insetos e roedores;

V - manutenção e calibração de aparelhos ou equipamentos, quando exigido; e

IX - outros já exigidos nesta Resolução.

Art. 89. Toda documentação deve ser mantida no estabelecimento por no mínimo 5 (cinco) anos, permanecendo, nesse período, à disposição do órgão de vigilância sanitária competente para fiscalização.

CAPÍTULO VIII

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 90. É vedado utilizar qualquer dependência da farmácia ou da drogaria como consultório ou outro fim diverso do licenciamento.

Parágrafo único. É vedada a oferta de outros serviços que não estejam relacionados com a dispensação de medicamentos, a atenção farmacêutica e a perfuração de lóbulo auricular, nos termos desta Resolução.

Art. 91. A promoção e a propaganda de produtos sujeitos às normas de vigilância sanitária realizadas em farmácias e drogarias devem obedecer às disposições normativas descritas em legislação específica.

Parágrafo único. O mesmo regulamento deverá ser observado quanto às regras para programas de fidelização realizados em farmácias e drogarias, dirigidos ao consumidor, e anúncios de descontos para medicamentos.

Art. 92. As farmácias e drogarias podem participar de campanhas e programas de promoção da saúde e educação sanitária promovidos pelo Poder Público.

Art. 93. Fica permitido às farmácias e drogarias participar de programa de coleta de medicamentos a serem descartados pela comunidade, com vistas a preservar a saúde pública e a qualidade do meio ambiente, considerando os princípios da biossegurança de empregar medidas técnicas, administrativas e normativas para prevenir acidentes, preservando a saúde pública e o meio ambiente.

Parágrafo único. As condições técnicas e operacionais para coleta de medicamentos descartados devem atender ao disposto na legislação vigente.

Art. 94. As farmácias que possuírem atividade de manipulação de medicamentos para uso humano, além dos requisitos estabelecidos nesta Resolução, devem atender às Boas Práticas de Manipulação de Medicamentos para Uso Humano, conforme legislação específica.

Art. 95. As farmácias e drogarias que realizarem a manipulação ou dispensação de produtos sujeitos ao controle especial devem atender, complementarmente, as disposições de legislação específica vigente sobre o tema.

Art. 96. Os estabelecimentos que realizem a dispensação de medicamentos na forma fracionada, a partir de suas embalagens originais, além dos requisitos estabelecidos nesta Resolução, devem atender às Boas Práticas para Fracionamento de Medicamentos, conforme legislação específica.

Art. 97. As farmácias e drogarias devem possuir Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - PGRSS, conforme legislação

específica.

Art. 98. Os estabelecimentos abrangidos por esta Resolução terão o prazo de seis meses para promover as adequações necessárias ao cumprimento das Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos.

Art. 99. O descumprimento das disposições contidas nesta Resolução constitui infração sanitária, nos termos da Lei Nº 6.437, de 20 de agosto de 1977 , sem prejuízo das responsabilidades civil, administrativa e penal cabíveis.

Art. 100. Cabe ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, além de garantir a fiscalização do cumprimento desta norma, zelar pela uniformidade das ações segundo os princípios e normas de regionalização e hierarquização do Sistema Único de Saúde.

Art. 101. Ficam revogadas as Resoluções da Diretoria Colegiada - RDC Nº 328, de 22 de julho de 1999 , RDC Nº 149, de 11 de junho de 2003 , a RDC Nº 159, de 20 de junho de 2003 , RDC nº 173, de 8 de julho de 2003 e RDC nº 123, de 12 de maio de 2005 .

Art. 102. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

DIRCEU RAPOSO DE MELLO
Diretor-Presidente

PUB D.O.U., 18/08/2009 - Seção 1

Este texto não substitui a Publicação Oficial.

MINISTÉRIO DA SAÚDE
AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
RESOLUÇÃO RDC Nº 50, DE 21 DE FEVEREIRO DE 2002

Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

Ficha Técnica

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso da atribuição que lhe confere o art. 11 inciso IV do Regulamento da ANVISA aprovado pelo Decreto nº 3.029, de 16 de abril de 1999, em reunião realizada em 20 de fevereiro de 2002, e

Considerando o princípio da descentralização político-administrativa previsto na Constituição Federal e na Lei nº 8.080 de 19/09/1990;

Considerando o artigo 3º, alínea C, artigo 6º, inciso VI e artigo 10º previstos na Portaria nº 1.565/GM/MS, de 26 de agosto de 1994;

Considerando a necessidade de atualizar as normas existentes na área de infra-estrutura física em saúde;

Considerando a necessidade de dotar o País de instrumento norteador das novas construções, reformas e ampliações, instalações e funcionamento de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde que atenda aos princípios de regionalização, hierarquização, acessibilidade e qualidade da assistência prestada à população;

Considerando a necessidade das secretarias estaduais e municipais contarem com um instrumento para elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, adequado às novas tecnologias na área da saúde;

Considerando os dispostos nas Portarias/SAS/MS nº 230, de 1996 e 104, de 1997;

Considerando a consulta pública publicada na Portaria SVS/MS nº 674 de 1997;

considerando a Portaria GM/MS nº 554 de 19 de março de 2002 que revogou a Portaria n.º 1884/GM, de 11 de novembro de 1994 do Ministério da Saúde; *(Incluído pela RESOLUÇÃO - RDC Nº 307, DE 14 DE NOVEMBRO DE 2002)*

adota a seguinte Resolução de Diretoria Colegiada e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

Art. 1º - Aprovar o Regulamento Técnico destinado ao planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, em anexo a esta Resolução a ser observado em todo território nacional, na área pública e privada compreendendo:

- a) as construções novas de estabelecimentos assistenciais de saúde de todo o país;
- b) as áreas a serem ampliadas de estabelecimentos assistenciais de saúde já existentes;
- c) as reformas de estabelecimentos assistenciais de saúde já existentes e os anteriormente não destinados a estabelecimentos de saúde.

Art. 2º - A Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, prestará cooperação técnica às secretarias estaduais e municipais de saúde, a fim de orientá-las sobre o exato cumprimento e interpretação deste Regulamento Técnico.

Art. 3º - As secretarias estaduais e municipais de saúde são responsáveis pela aplicação e execução de ações visando o cumprimento deste Regulamento Técnico, podendo estabelecer normas de caráter supletivo ou complementar a fim de adequá-lo às especificidades locais.

Art. 4º - A Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, procederá a revisão deste Regulamento Técnico após cinco anos de sua vigência, com o objetivo de atualizá-lo ao desenvolvimento científico e tecnológico do país.

Art. 5º - A inobservância das normas aprovadas por este Regulamento constitui infração à legislação sanitária federal, conforme dispõe o artigo 10, incisos II e III, da Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977.

Art. 6º - Esta Resolução de Diretoria Colegiada entrará em vigor na data de sua publicação.

GONZALO VECINA NETO

(I) Inclui as alterações contidas nas Resoluções RDC nº 307 de 14/11/2002 publicada no DOU de 18/11/2002 e RDC nº 189 de 18/07/2003 publicada no DOU de 21/07/2003.

ANEXOS

REGULAMENTO TÉCNICO PARA PLANEJAMENTO, PROGRAMAÇÃO, ELABORAÇÃO E AVALIAÇÃO DE PROJETOS FÍSICOS DE ESTABELECIMENTOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE

Todos os projetos de estabelecimentos assistenciais de saúde-EAS deverão obrigatoriamente ser elaborados em conformidade com as disposições desta norma. Devem ainda atender a todas outras prescrições pertinentes ao objeto desta norma estabelecidas em códigos, leis, decretos, portarias e normas federais, estaduais e municipais, inclusive normas de concessionárias de serviços públicos. Devem ser sempre consideradas as últimas edições ou substitutivas de todas as legislações ou normas utilizadas ou citadas neste documento.

Embora exista uma hierarquia entre as três esferas, o autor ou o avaliador do projeto deverá considerar a prescrição mais exigente, que eventualmente poderá não ser a do órgão de hierarquia superior.

PARTE I - PROJETOS DE ESTABELECIMENTOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE

1. ELABORAÇÃO DE PROJETOS FÍSICOS *(Redação dada pela RESOLUÇÃO - RDC Nº 307, DE 14 DE NOVEMBRO DE 2002)*

Nos casos não descritos nesta resolução, são adotadas como complementares as seguintes normas:

- NBR 6492 - Representação de projetos de arquitetura;
- NBR 13532 - Elaboração de projetos de edificações - Arquitetura.
- NBR 5261 - Símbolos gráficos de eletricidade - Princípios gerais para desenho de símbolos gráficos;

- NBR 7191 - Execução de desenhos para obras de concreto simples ou armado;
- NBR 7808 - Símbolos gráficos para projetos de estruturas;
- NBR 14611 - Desenho técnico - Representação simplificada em estruturas metálicas; e
- NBR 14100 - Proteção contra incêndio - Símbolos gráficos para projetos.

1.1. TERMINOLOGIA

Para os estritos efeitos desta norma, são adotadas as seguintes definições:

1.1.1. Programa de Necessidades

Conjunto de características e condições necessárias ao desenvolvimento das atividades dos usuários da edificação que, adequadamente consideradas, definem e originam a proposição para o empreendimento a ser realizado. Deve conter a listagem de todos os ambientes necessários ao desenvolvimento dessas atividades.

1.1.2. Estudo Preliminar

Estudo efetuado para assegurar a viabilidade técnica a partir dos dados levantados no Programa de Necessidades, bem como de eventuais condicionantes do contratante.

1.1.3. Projeto Básico

Conjunto de informações técnicas necessárias e suficientes para caracterizar os serviços e obras, elaborado com base no Estudo Preliminar, e que apresente o detalhamento necessário para a definição e quantificação dos materiais, equipamentos e serviços relativos ao empreendimento.

1.1.4. Projeto Executivo

Conjunto de informações técnicas necessárias e suficientes para realização do empreendimento, contendo de forma clara, precisa e completa todas as indicações e detalhes construtivos para a perfeita instalação, montagem e execução dos serviços e obras.

1.1.5. Obra de Reforma

Alteração em ambientes sem acréscimo de área, podendo incluir as vedações e/ou as instalações existentes.

1.1.6. Obra de Ampliação

Acréscimo de área a uma edificação existente, ou mesmo construção de uma nova edificação para ser agregada funcionalmente (fisicamente ou não) a um estabelecimento já existente.

1.1.7. Obra Inacabada

Obra cujos serviços de engenharia foram suspensos, não restando qualquer atividade no canteiro de obras.

1.1.8. Obra de Recuperação

Substituição ou recuperação de materiais de acabamento ou instalações existentes, sem acréscimo de área ou modificação da disposição dos ambientes existentes.

1.1.9. Obra Nova

Construção de uma nova edificação desvinculada funcionalmente ou fisicamente de algum estabelecimento já existente.

1.2. ETAPAS DE PROJETO

Os projetos para a construção, complementação, reforma ou ampliação de uma edificação ou conjunto de edificações serão desenvolvidos, basicamente, em três etapas: estudo preliminar, projeto básico e projeto executivo.

O desenvolvimento consecutivo dessas etapas terá, como ponto de partida, o programa de necessidades (físico-funcional) do EAS onde deverão estar definidas as características dos ambientes necessários ao desenvolvimento das atividades previstas na edificação.

1.2.1. Estudo preliminar

Visa a análise e escolha da solução que melhor responda ao Programa de Necessidades, sob os aspectos legais, técnicos, econômicos e ambiental do empreendimento.

1.2.1.1 Arquitetura

Consiste na definição gráfica do partido arquitetônico, através de plantas, cortes e fachadas (opcional) em escala livre e que contenham graficamente:

- a implantação da edificação ou conjunto de edificações e seu relacionamento com o local escolhido;
- acessos, estacionamentos e outros - e expansões possíveis;
- a explicitação do sistema construtivo que serão empregados;
- os esquemas de zoneamento do conjunto de atividades, as circulações e organização volumétrica;
- o número de edificações, suas destinações e locações aproximadas;
- o número de pavimentos;
- os esquemas de infra-estrutura de serviços;
- o atendimento às normas e índices de ocupação do solo.

O estudo deverá ser desenvolvido a partir da análise e consolidação do programa de necessidades, caracterizando os espaços, atividades e equipamentos básicos (médico-hospitalares e de infra-estrutura) e do atendimento às normas e leis de uso e ocupação do solo.

Além dos desenhos específicos que demonstrem a viabilidade da alternativa proposta, será parte integrante do estudo preliminar, um relatório que contenha memorial justificativo do partido adotado e da solução escolhida, sua descrição e características principais, as demandas que serão atendidas e o pré- dimensionamento da edificação.

Deverão ser consideradas as interferências entre os diversos sistemas da edificação.

Quando solicitado pelo contratante e previamente previsto em contrato, deverá ser apresentada estimativa de custos da obra.

1.2.1.2. Instalações

1.2.1.2.1. Elétrica e Eletrônica

A. Escopo

Deverá ser desenvolvido um programa básico das instalações elétricas e especiais do E.A.S., destinado a compatibilizar o projeto arquitetônico com as diretrizes básicas a serem adotadas no desenvolvimento do projeto, contendo quando aplicáveis:

- Localização e característica da rede pública de fornecimento de energia elétrica;
- Tensão local de fornecimento de energia elétrica (primária e secundária);
- Descrição básica do sistema de fornecimento de energia elétrica: entrada, transformação, medição e distribuição;
- Descrição básica do sistema de proteção contra descargas atmosféricas;
- Localização e características da rede pública de telefonia;
- Descrição básica do sistema telefônico: entrada, central privada de comutação e L.P.'s;
- Descrição básica do sistema de sinalização de enfermagem;
- Descrição básica do sistema de sonorização;
- Descrição básica do sistema de intercomunicação;
- Descrição básica do sistema de televisão e rádio;
- Descrição básica do sistema de computadores;
- Descrição básica do sistema de radiologia;
- Descrição básica do sistema de busca-pessoa;
- Descrição básica do sistema de aterramento das salas cirúrgicas (quando houver);
- Descrição básica do sistema de geração da energia de emergência (baterias ou grupo gerador);
- Descrição básica do sistema de alarme contra incêndios;
- Determinação básica dos espaços necessários para as centrais de energia elétrica e centrais de comutação telefônica;
- Determinação básica das áreas destinadas ao encaminhamento horizontal e vertical do sistema elétrico (prumadas);
- Efetuar consulta prévia às concessionárias de energia elétrica e telefonia;
- Apresentar memória de cálculo, com justificativa dos sistemas propostos.

B. Produtos

- Descritivo básico, com indicação das alternativas e recomendações de ordem técnica para adequação do projeto básico de arquitetura.
- Documentos gráficos para elucidar as proposições técnicas.

1.2.1.2.2. Hidráulica e Fluido-Mecânica

A. Escopo

Deverá ser desenvolvido um programa básico das instalações hidráulicas e especiais do estabelecimento, destinado a compatibilizar o projeto arquitetônico com as diretrizes básicas a serem adotadas no desenvolvimento do projeto, contendo quando aplicáveis:

- Localização da rede pública de fornecimento de água ou quando necessária a indicação de poço artesiano;
- Descrição básica do sistema de abastecimento de água: entrada;
- Previsões do consumo de água, reservação (enterrada e elevada) e casa de bombas;
- Descrição básica do sistema de aquecimento;
- Previsão de consumo de água quente;
- Descrição básica do sistema de proteção e combate a incêndio;
- Localização da rede pública de fornecimento de gás combustível e/ou quando necessário de gás engarrafado;
- Previsão de consumo de gás combustível;
- Localização da rede pública de esgoto e/ou quando necessário a indicação de sistema de tratamento (fossa séptica, câmaras de decantação para esgoto radioativo, outros);
- Localização de galeria para drenagem de águas pluviais e/ou quando necessário a indicação de despejo livre;
- Previsão do volume de escoamento de águas pluviais;
- Descrição básica do sistema de fornecimento de gases medicinais (oxigênio, óxido nitroso, ar comprimido medicinal e outros) quando for o caso;
- Descrição básica do sistema de tratamento de Resíduos de Serviços de Saúde (RSS), quando for o caso;
- Previsão do consumo dos gases medicinais;
- Descrição do sistema de fornecimento de vácuo;
- Previsão do consumo de vácuo;
- Descrição do sistema de fornecimento de vapor;
- Previsão de consumo de vapor;
- Consultas prévias junto às concessionárias públicas de fornecimento de água e gás;
- Determinação básica dos espaços necessários para as centrais de gases medicinais, gás combustível, vácuo, vapor, tratamento de RSS, quando for o caso;
- Determinação básica dos espaços necessários para as centrais de gases medicinais, gás combustível, vácuo, vapor;

- Determinação básica das áreas destinadas aos encaminhamentos dos sistemas hidráulicos e especiais (prumadas);
- Apresentação de memórias de cálculo e justificativa dos sistemas propostos.

B. Produtos

- Descritivo básico com indicação das alternativas e recomendações de ordem técnica para adequação ao projeto básico de arquitetura;
- Documentos gráficos para elucidar as proposições técnicas.

1.2.1.2.3. Climatização

A. Escopo

Deverá ser desenvolvido um programa básico das instalações de ar condicionado e ventilação mecânica do EAS, destinado a compatibilizar o projeto arquitetônico com as diretrizes básicas a serem adotadas no desenvolvimento do projeto, contendo quando aplicáveis:

- Proposição das áreas a serem climatizadas (refrigeração, calefação, umidificação, pressurização, ventilação e câmaras frigoríficas);
- Descrição básica do sistema de climatização, mencionando: filtros, água gelada, "self" a ar, etc;
- Previsão do consumo de água;
- Previsão de consumo de energia elétrica;
- Elaboração do perfil da carga térmica;
- Elaboração do estudo comparativo técnico e econômico das alternativas técnicas para o sistema;
- Localização da central de casa de máquinas em função dos sistemas propostos;
- Pré-localização do sistema de distribuição, prumadas dos dutos e redes de água em unifilares da alternativa proposta.

B - Produtos

- Descritivo básico, com indicação das alternativas e recomendações de ordem técnica para adequação do projeto básico de arquitetura;
- Documentos gráficos para elucidar as proposições técnicas.

1.2.1.3. Estrutura e Fundações

Assim como os projetos de arquitetura e instalações, os projetos de estrutura e fundações obedecerão as etapas de estudo preliminar, projeto básico e projeto executivo e deverão estar em perfeita sintonia com aqueles projetos, estimando as cargas de acordo com os ambientes e equipamentos propostos.

1.2.2 Projeto Básico

Deverá demonstrar a viabilidade técnica da edificação a partir do Programa de necessidades e do Estudo preliminar desenvolvidos anteriormente, possibilitar a avaliação do custo dos serviços e obras, bem como permitir a definição dos métodos construtivos e prazos de execução do empreendimento. Serão solucionadas as interferências entre os sistemas e componentes da edificação.

1.2.2.1 (Revogado pela Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 051, de 06/10/2011)

1.2.2.1.1. (Revogado pela Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 051, de 06/10/2011)

1.2.2.1.2. (Revogado pela Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 051, de 06/10/2011)

1.2.2.2. Instalações

1.2.2.2.1. Elétrica e Eletrônica

A. Escopo

A partir das diretrizes estabelecidas no estudo preliminar e com base no projeto arquitetônico e de estrutura, deverá ser elaborado o projeto básico de instalações elétricas e especiais, contendo quando aplicáveis:

- Confirmação das entradas de energia elétrica e de telefonia;
- Confirmação do sistema de energia elétrica e da central de comutação telefônica;
- Confirmação do sistema de distribuição contendo redes e pré-dimensionamento;
- Proposição da locação dos quadros gerais de BT, QL e QF;
- Proposição da locação dos quadros de distribuição telefônica;
- Proposição das dimensões das centrais da energia (medição, transformação, quadros gerais, BT, geradores) e da central telefônica;

Proposição dos pontos de alimentação, iluminação e sinalização:

- Pontos de força para equipamentos e tomadas de uso geral;
- Pontos de luz e seus respectivos interruptores;
- Pontos de detecção e alarme de incêndio;
- Pontos de telefones e interfones;
- Pontos para o sistema de sinalização de enfermagem, com seus respectivos acionamentos;
- Proposição dos pontos para locação dos captos e para o sistema de proteção contra descargas atmosféricas;
- Proposição dos pontos de alimentação do sistema de ar condicionado, elevadores, sistema de som, intercomunicação e sistemas de computadores;
- Proposição dos pontos de alimentação de todos os sistemas de suprimento, processamento e tratamento de efluentes, líquidos ou sólidos, quando for o caso.

B. Produtos

- Memorial descritivo e definitivo explicativo do projeto, com soluções adotadas e compatibilizadas com o projeto básico e as soluções adotadas nos projetos das áreas complementares.
- Documentos Gráficos:
- Implantação geral - escala ^{3} 1:500;
- Plantas baixas - escala ^{3} 1:100;
- Planta de cobertura - escala ^{3} 1:100;
- Prumadas esquemáticas - sem escala.

1.2.2.2.2.Hidráulica e Fluido-Mecânica

A. Escopo

A partir das diretrizes estabelecidas no estudo preliminar e baseado no anteprojeto básico arquitetônico, deverá ser elaborado o projeto básico de instalações hidráulicas e especiais, contendo quando aplicáveis:

- Proposição da entrada de água, da entrada de gás e ligações de esgoto e águas pluviais;
- Confirmação da necessidade de poço artesiano e sistema de tratamento de esgoto;
- Confirmação das necessidades de abastecimento e captação:
- de água para consumo e combate a incêndios;
- de esgotos pluviais;
- de gás combustível;
- de gases medicinais;
- de vácuo;
- de vapor;
- Confirmação dos tubos de queda para as prumadas devidamente pré-dimensionadas para a compreensão da solução adotada para águas pluviais.
- Confirmação do dimensionamento das centrais de gases medicinais, gás, vácuo e vapor, incluindo as redes e respectivos pontos de consumo;
- Confirmação do dimensionamento das centrais de tratamento ou suprimento de instalações especiais, como tratamento de água para diálise, tratamento de RSS, tratamento de esgoto, etc...

B. Produtos

- Memorial descritivo definitivo, explicativo do projeto, com soluções adotadas e compatibilizadas com o projeto básico de arquitetura e as soluções adotadas nos projetos das áreas complementares.
- Documentos gráficos:
- implantação geral - escala ^{3} 1:500;
- plantas baixas - escala ^{3} 1:100;
- planta de cobertura - escala ^{3} 1:100;
- prumadas esquemáticas - escala ^{3} 1:100.

1.2.2.2.3. Climatização

A. Escopo

A partir das diretrizes estabelecidas no programa básico e baseado no projeto básico arquitetônico, deverá ser elaborado o projeto básico de instalações de ar condicionado e ventilação mecânica, contendo quando aplicáveis:

- Definição dos pesos e dimensões dos equipamentos para o sistema proposto;
- Confirmação da alternativa do sistema a ser adotado;
- Confirmação das áreas a serem climatizadas;
- Confirmação das áreas a serem ventiladas;
- Confirmação dos consumos de água e energia elétrica;
- Compatibilização com os projetos básicos de instalações elétrica e hidráulica com o sistema adotado;
- Proposição das redes de dutos unifilares com dimensionamento das linhas tronco de grelhas, difusores, etc.;
- Localização dos pontos de consumo elétrico com determinação de potência, tensão e número de fases;
- Localização dos pontos de consumo hidráulico (água e drenagem).

B. Produtos

- Memorial descritivo definitivo, explicativo do projeto, com soluções adotadas e compatibilizadas com o projeto básico e as soluções adotadas nos projetos das áreas complementares;
- Documentos gráficos:
- implantação geral - escala ^{3} 1:500;
- plantas baixas - escala ^{3} 1:100;
- planta da cobertura - escala ^{3} 1:100.

1.2.3. Projeto Executivo

Deverá apresentar todos os elementos necessários à realização do empreendimento, detalhando todas as interfaces dos sistemas e seus componentes.

1.2.3.1. Arquitetura

O projeto executivo deverá demonstrar graficamente:

- a implantação do edifício, onde constem:
- orientação da planta com a indicação do Norte verdadeiro ou magnético e as geratrizes de implantação;
- representação do terreno, com as características planialtimétricas, compreendendo medidas e ângulos dos lados e curvas de nível, e localização de árvores, postes, hidrantes e outros elementos construídos, existentes;
- as áreas de corte e aterro, com a localização e indicação da inclinação de taludes e arrimos;
- a RN do levantamento topográfico;
- os eixos das paredes externas das edificações, cotados em relação a referências preestabelecidas e bem identificadas;
- cotas de nível do terrapleno das edificações e dos pontos significativos das áreas externas (calçadas, acessos, patamares, rampas e outros);
- localização dos elementos externos, construídos como estacionamentos, construções auxiliares e outros;
- o edifício, compreendendo:
- plantas de todos os pavimentos, com nomenclatura conforme listagem de ambientes contida nessa norma e medidas internas de todos os compartimentos, espessura de paredes, material e tipo de acabamento, e indicações de cortes, elevações, ampliações e detalhes;
- dimensões e cotas relativas de todas as aberturas, altura dos peitoris, vãos de portas e janelas e sentido de abertura;
- plantas de cobertura, indicando o material, a inclinação, sentido de escoamento das águas, a posição das calhas, condutores e beirais, reservatórios, domus e demais elementos, inclusive tipo de impermeabilização, juntas de dilatação, aberturas e equipamentos, sempre com indicação de material e demais informações necessárias;
- todas as elevações, indicando aberturas e materiais de acabamento;
- cortes das edificações, onde fique demonstrado o pé direito dos compartimentos, altura das paredes e barras impermeáveis, altura de platibandas, cotas de nível de escadas e patamares, cotas de piso acabado, forros e coberturas, tudo sempre com indicação clara dos respectivos materiais de execução e acabamento;
- impermeabilização de paredes e outros elementos de proteção contra umidade;
- ampliações, de áreas molhadas, com posicionamento de aparelhos hidráulico-sanitários, indicando seu tipo e detalhes necessários;
- as esquadrias, o material componente, o tipo de vidro, fechaduras, fechos, dobradiças, o acabamento e os movimentos das peças, sejam verticais ou horizontais;
- todos os detalhes que se fizerem necessários para a perfeita compreensão da obra a executar, como cobertura, peças de concreto aparente, escadas, bancadas, balcões e outros planos de trabalho, armários, divisórias, equipamentos de segurança e outros fixos e todos os arremates necessários;
- se a indicação de materiais e equipamentos for feita por código, incluir legenda indicando o material, dimensões de aplicação e demais dados de interesse da execução das obras;

Quando for solicitado pelo contratante, o projeto executivo será integrado por um cronograma onde estejam demonstradas as etapas lógicas da execução dos serviços e suas interfaces, bem como um manual de operação e manutenção das instalações, quando se tratar de equipamentos ou projetos especiais.

Todos os detalhes executivos que interfiram com outros sistemas deverão estar perfeitamente harmonizados.

Também constará do projeto executivo, se solicitado pelo contratante e previsto em contrato, o orçamento analítico da obra e cronograma físico-financeiro.

1.2.3.2. Instalações

1.2.3.2.1. Elétrica e Eletrônica

A. Escopo

Após a aprovação do projeto básico pelo órgão competente e/ou cliente, deverá ser elaborado o projeto executivo de instalações elétricas e especiais, atentando para os projetos executivos de arquitetura e formas de estrutura, de modo a permitir a completa execução das obras.

B. Produtos

- Memorial descritivo e explicativo das instalações elétricas ou especiais, indicando fórmulas, dados e métodos utilizados nos dimensionamentos: tensão, corrente, fator de demanda, fator de potência, índice iluminotécnico, telefonia, etc.;
- Memorial descritivo da ordem de serviço a ser executada e recomendações quanto a método e técnicas a serem utilizadas.
- Documentos Gráficos:
- As plantas poderão ser apresentadas agrupando-se os diversos sistemas, segundo o seguinte critério: agrupamento 1 - iluminação, sonorização, sinalização de enfermagem, alarme de detecção contra incêndio e relógio; agrupamento 2 - alimentadores, tomadas, telefone, interfone e sistema de computadores;
- Implantação geral - escala $3 1:500$;
- Plantas baixas - escala $3 1:100$;
- Planta de cobertura - escala $3 1:100$;
- Planta corte e elevação da cabine de medição e transformação - escala $3 1:25$;
- Diagrama unifilar geral - sem escala;

- Diagramas trifilares dos quadros elétricos - sem escala;
- Detalhes gerais - escala $^3 1:25$;
- Prumadas esquemáticas - sem escala;
- Legenda das simbologias adotadas - sem escala.
- Relação quantitativa e qualitativa dos materiais e equipamentos a serem utilizados nos diversos sistemas, contendo:
 - . Tipo e qualidade;
 - . Características para sua identificação;
 - . Unidade de comercialização;
 - . Respectivas quantidades;
- Elementos necessários para aprovação junto à companhia de fornecimento de energia elétrica, contendo:
 - . Plantas e detalhes (escala $^3 100$ e $^3 1:25$);
 - . Tabela de carga instalada e demandada;
- Memorial descritivo;
- Outros documentos solicitados pela concessionária;
- Elementos necessários para aprovação junto à companhia telefônica, contendo:
 - . Plantas e detalhes (escala $^3 1:100$ e $^3 1:25$);
- Memorial descritivo;
- Outros documentos solicitados pela concessionária.

1.2.3.2.1. Hidráulica e Fluido-Mecânica

A. Escopo

Após a provação do projeto básico pelo órgão competente, deverá ser elaborado o projeto executivo de instalações hidráulicas e especiais, atentando para o projeto executivo de arquitetura, de modo a permitir a completa execução das obras.

B. Produtos

- Memorial descritivo e explicativo das instalações hidráulicas ou especiais, indicando fórmulas, dados e métodos utilizados nos dimensionamentos e cálculos (volume, capacidade, vazão, etc.);
- Memorial descritivo da ordem de serviço a ser executado e recomendações quanto a método e técnicas a serem utilizadas;
- Documentos gráficos:
 - . As plantas poderão ser apresentadas, agrupando-se os diversos sistemas, de acordo com o seguinte critério: instalações de água quente e fria, instalações de esgoto e águas pluviais, instalações de gás combustível, instalações de gases medicinais, instalações de redes de proteção e combate a incêndio e instalações da rede de vapor e condensado;
 - . Planta de implantação geral do edifício, em escala $^3 1:200$, desenvolvida a partir do projeto arquitetônico, contendo as redes públicas existentes de água, gás, esgoto sanitário e águas pluviais;
 - . Plantas baixas dos pavimentos - escala $^3 1:50$;
 - . Planta de cobertura - escala $^3 1:50$;
 - . Esquema isométrico - escala $^3 1:25$;
 - . Detalhes gerais - escala $^3 1:25$;
 - . Detalhes de reservatórios de água - escala $^3 1:50$;
 - . Legenda das simbologias adotadas - sem escala;
- Relação quantitativa e qualitativa dos materiais e equipamentos a serem utilizados nos diversos sistemas, contendo:
 - . Tipo e qualidade;
 - . Características para sua identificação;
 - . Unidade de comercialização;
 - . Respectivas quantidades;
- Elementos necessários para aprovação junto ao Corpo de Bombeiros contendo:
 - . Memoriais descritivos;
 - . Memoriais de cálculo;
 - . Plantas e detalhes do sistema (escala $^3 1:100$ e $^3 1:25$, respectivamente);
 - . Outros documentos solicitados pelo órgão.
- Elementos necessários para aprovação junto à companhia de gás, quando da existência da mesma, contendo:
 - . Plantas e detalhes (escala $^3 1:50$ e $^3 1:25$);
 - . Memorial descritivo;
 - Elementos necessários para o dimensionamento do ramal de entrada de água (hidrômetro) e saída de esgoto sanitário, junto à concessionária de água e esgoto, contendo:
 - . Plantas e detalhes (escala $^3 1:50$ e $^3 1:25$);

- . Memorial descritivo;
- . Outros documentos solicitados pela concessionária.

1.2.3.2.1. Climatização

A. Escopo

Após a aprovação do projeto básico pelo órgão competente, deverá ser elaborado o projeto executivo de instalações de ar condicionado e ventilação mecânica, atentando para o projeto executivo de arquitetura e de estruturas, de modo a permitir a execução das obras das instalações hidráulicas e especiais por terceiros, segundo padrões convencionais da construção civil.

B. Escopo

- Memorial descritivo e explicativo das instalações de ar condicionado e ventilação mecânica, indicando fórmulas, dados e métodos utilizados nos dimensionamentos de: cargas térmicas, consumo de água, carga elétrica, número de troca de ar e filtros de ar;
- Memorial descritivo da ordem de serviço a ser executada e recomendações quanto ao método e técnicas a serem utilizadas para execução de obra.
- Documentos gráficos:
 - . As plantas poderão ser apresentadas agrupando-se as instalações de ar condicionado, redes de água gelada, ventilação e exaustão e deverão ser compostas por:
 - . implantação geral - escala 3 1:500;
 - . plantas baixas - escala 3 1:100;
 - . planta de cobertura - escala 3 1:100;
 - . esquema isométrico - escala 3 1:25;
 - . detalhes gerais - escala 3 1:25;
 - . esquema elétrico - sem escala;
 - . fluxograma - sem escala;
 - . legenda das simbologias adotadas - sem escala;
 - Relação quantitativa e qualitativa dos materiais e equipamentos a serem utilizados nos diversos sistemas, contendo:
 - . Tipo e qualidade;
 - . Características para sua identificação;
 - . Unidade de comercialização;
 - . Respectivas quantidades.

1.3 (Revogado pela Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 051, de 06/10/2011)

1.3.1. (Revogado pela Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 051, de 06/10/2011)

1.3.2. (Revogado pela Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 051, de 06/10/2011)

1.3.3. (Revogado pela Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 051, de 06/10/2011)

1.3.4. (Revogado pela Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 051, de 06/10/2011)

1.4. APRESENTAÇÃO DE DESENHOS E DOCUMENTOS

Os desenhos e documentos a serem elaborados deverão respeitar a NBR-6492 e também os requisitos a seguir descritos, que têm por finalidade padronizar e unificar a sua apresentação:

1.4.1. Formato das Folhas de Desenho

Os projetos deverão ser apresentados, preferencialmente, em folhas do mesmo formato.

A adoção de outros formatos ou tamanhos, se necessária, deverá contar com a anuência do contratante.

São os seguintes os formatos usuais:

A4 = 210 x 297mm

A3 = 297 x 420mm

A2 = 420 x 594mm

A1 = 594 x 841mm

A0 = 841 x 1.189mm

1.4.2. Padronização Gráfica de Desenhos

Todas as folhas de desenho deverão ter "carimbo" (campos de identificação), que conterá, no mínimo, as seguintes informações:

- nome e assinatura do autor do projeto e número da carteira profissional;
- nome do proprietário;

- nome e endereço da obra a ser executada;
- escalas utilizadas; - referência do projeto (parte de outro projeto, número do desenho, de referência; outras);
- número do desenho e número de revisão (se for o caso);
- data do desenho;
- quadro de área discriminando: área do terreno, área construída total e áreas construídas por pavimento e/ou conjunto;
- registro da aprovação, com data, nome e assinatura e número do CREA do responsável por esta aprovação;

Todos os desenhos deverão ser cotados e conter as legendas necessárias para sua clareza.

Nas plantas baixas será apresentada a capacidade do EAS no que diz respeito ao número de leitos e consultórios, conforme Terminologia Básica em Saúde do Ministério da Saúde.

1.4.3. Memoriais Descritivos, Especificações, Memórias de Cálculo, Quantificações e Orçamento.

Serão apresentados em papel tamanho A4, preferencialmente datilografados/digitados, com carimbo ou folha-rosto contendo as informações mencionadas no item 1.4.2.

1.5. TIPOS E SIGLAS ADOTADAS

1.5.1 - Serviços Preliminares(P)

- . Canteiro de obras----- PC
- . Demolição----- PD
- . Terraplenagem----- PT
- . Rebaixamento de lençol freático PR

1.5.2 - Fundação e Estruturas(E)

- . Fundações EF
- . Estruturas de concreto----- EC
- . Estruturas metálicas----- ES
- . Estruturas de madeira----- EM

1.5.3 - Arquitetura e Elementos de Urbanismo(A)

- . Arquitetura----- AR
- . Comunicação visual----- AC
- . Interiores----- AI
- . Paisagismo----- AS
- . Pavimentação----- AP
- . Sistema viário----- AV

1.5.4 - Instalações Hidráulicas e Sanitárias(H)

- . Água fria----- HF
- . Água quente----- HQ
- . Drenagem de águas pluviais----- HP
- . Esgotos sanitários----- HE
- . Resíduos sólidos----- HR

1.5.5 - Instalações Elétricas e Eletrônicas(I)

- . Instalações elétricas----- IE
- . Telefonia----- IT
- . Detecção e alarme de incêndio----- II
- . Sonorização----- IN
- . Relógios sincronizados----- IR
- . Antenas coletivas de TV e FM----- IA
- . Circuito fechado de televisão----- IC
- . Sinalização de enfermagem----- IS
- . Lógica----- IL

1.5.6. - Instalações de Proteção Contra Descargas Elétricas(P)

1.5.7 - Instalações Fluido - Mecânicas(F)

- . Gás combustível----- FG
- . Vapor e condensado----- FV
- . Ar Comprimido: medicinal e industrial----- FA
- . Vácuo clínico e limpeza----- FV
- . Oxigênio medicinal----- FO

. Óxido nitroso----- FN

1.5.8 - Instalações de Prevenção e Combate a Incêndio (C)

. Prevenção e combate a incêndio----- CI

1.5.9 - Instalações de Climatização(A)

. Ar Condicionado----- ACC

. Ventilação mecânica----- ACV

1.6. (Revogado pela Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 051, de 06/10/2011)

1.6.1 - (Revogado pela Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 051, de 06/10/2011)

1.6.2 - (Revogado pela Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 051, de 06/10/2011)

1.6.3. (Revogado pela Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 051, de 06/10/2011)

PARTE II - PROGRAMAÇÃO FÍSICO-FUNCIONAL DOS ESTABELECIMENTOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE

A programação físico-funcional dos estabelecimentos assistenciais de saúde, baseia-se em um Plano de Atenção à Saúde já elaborado, onde estão determinadas as ações a serem desenvolvidas e as metas a serem alcançadas, assim como estão definidas as distintas tecnologias de operação e a conformação das redes físicas de atenção à saúde, delimitando no seu conjunto a listagem de atribuições de cada estabelecimento de saúde do sistema.

Essas atribuições, tanto na área pública quanto na área privada, são conjuntos de atividades e sub-atividades específicas, que correspondem a uma descrição sinóptica da organização técnica do trabalho na assistência à saúde.

Os conjuntos de atribuições admitem diversas composições (teóricas) que são as tipologias (modelos funcionais) de estabelecimentos assistenciais de saúde. Portanto, cada composição de atribuições proposta definirá a tipologia própria a ser implantada.

Dessa forma adota-se nesse regulamento técnico uma abordagem onde não se utilizam programas e projetos pré-elaborados, que freqüentemente são desvinculados das realidades loco-regionais, mas apresentam-se as diversas atribuições de um estabelecimento assistencial de saúde que acrescidas das características e especificidades locais, definirão o programa físico-funcional do estabelecimento.

A metodologia utilizada para a composição dos programas funcionais é a apresentação da listagem, a mais extensa possível, do conjunto das atribuições e atividades do EAS, aqui tratado genericamente, sem compromisso com soluções padronizadas, embora seja reconhecida uma família de tipologias tradicionais. O objetivo é apresentar aos projetistas e avaliadores de EAS um leque das diversas atividades e os ambientes respectivos em que elas ocorrem.

A listagem contém as atribuições e atividades, com a qual se pode montar o estabelecimento desejado, ou seja, reunindo-se determinado grupo de atribuições-fim, associadas às atribuições de apoio necessárias ao pleno desenvolvimento das primeiras, define-se um estabelecimento específico.

Para tanto se deve selecionar as atribuições que participarão do programa de atividades do estabelecimento, de acordo com as necessidades da instituição, do município, da região e do estado, baseadas na proposta assistencial a ser adotada. Desta forma a decisão do tipo de estabelecimento a ser implantado será dos gestores, dos técnicos e da comunidade envolvida, e não mais de acordo com padrões preestabelecidos nacionalmente.

2. ORGANIZAÇÃO FÍSICO FUNCIONAL

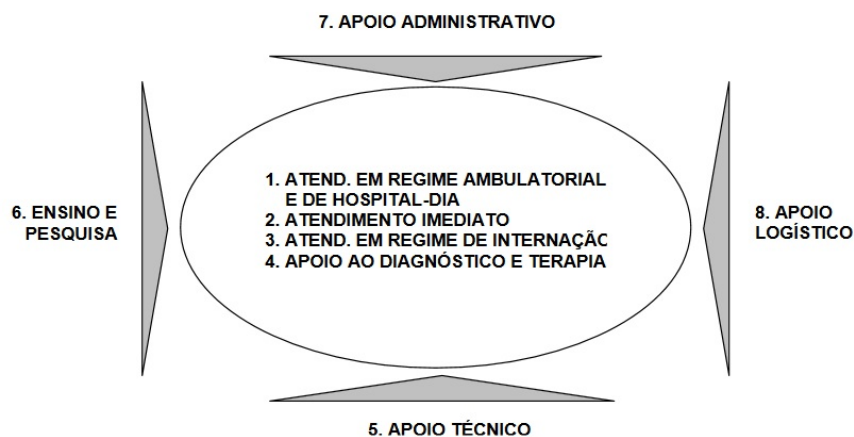
Neste capítulo são apresentadas as atribuições e atividades desenvolvidas nos diversos tipos de EAS. Procurou-se aqui, listar as atividades que são geradoras ou que caracterizam os ambientes. Estas são também as mais comumente encontradas nos diversos tipos de estabelecimentos. Embora o objetivo seja esgotar a listagem, esta é sempre passível de modificação, porque sempre será possível o surgimento e/ou transformação das atividades ou até mesmo das atribuições.

Os grupos de atividades de cada atribuição compõem unidades funcionais que, embora com estreita conotação espacial, não constituem, por si só, unidades espaciais.

O capítulo trata de questões funcionais genéricas como já citado, e não da descrição de determinados tipos de estabelecimentos pré-concebidos.

São oito as atribuições que se desdobram em atividades e sub-atividades representadas no diagrama.

2.1. Atribuições de Estabelecimentos Assistenciais



1-Prestação de atendimento eletivo de promoção e assistência à saúde em regime ambulatorial e de hospital-dia - atenção à saúde incluindo atividades de promoção, prevenção, vigilância à saúde da comunidade e atendimento a pacientes externos de forma programada e continuada;

2-Prestação de atendimento imediato de assistência à saúde - atendimento a pacientes externos em situações de sofrimento, sem risco de vida (urgência) ou com risco de vida (emergência);

3-Prestação de atendimento de assistência à saúde em regime de internação- atendimento a pacientes que necessitam de assistência direta programada por período superior a 24 horas (pacientes internos);

4-Prestação de atendimento de apoio ao diagnóstico e terapia- atendimento a pacientes internos e externos em ações de apoio direto ao reconhecimento e recuperação do estado da saúde (contato direto);

5-Prestação de serviços de apoio técnico- atendimento direto a assistência à saúde em funções de apoio (contato indireto);

6-Formação e desenvolvimento de recursos humanos e de pesquisa- atendimento direta ou indiretamente relacionado à atenção e assistência à saúde em funções de ensino e pesquisa;

7-Prestação de serviços de apoio à gestão e execução administrativa- atendimento ao estabelecimento em funções administrativas;

8-Prestação de serviços de apoio logístico - atendimento ao estabelecimento em funções de suporte operacional.

As quatro primeiras são atribuições fim, isto é, constituem funções diretamente ligadas à atenção e assistência à saúde. As quatro últimas são atribuições meio para o desenvolvimento das primeiras e de si próprias.

2.2- Listagem de Atividades (Redação dada pela RESOLUÇÃO - RDC Nº 307, DE 14 DE NOVEMBRO DE 2002)

São apresentadas a seguir as listagens das atividades e sub-atividades do EAS, desdobramentos das atribuições listadas anteriormente.

Em cada caso estão listadas apenas as atividades e sub-atividades próprias ou pertinentes a cada atribuição.

Evidentemente, cada listagem não vai definir por si uma unidade funcional perfeitamente auto- suficiente; esta só será possível com a agregação de atividades e sub-atividades próprias ou pertinentes a outras atribuições.

A partir da determinação das atribuições centrais e de apoio, para o objeto em estudo, a equipe de programação funcional comporá seu modelo funcional (tipológico), adequado às suas necessidades.

ATRIBUIÇÃO 1: PRESTAÇÃO DE ATENDIMENTO ELETIVO DE PROMOÇÃO E ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM REGIME AMBULATORIAL E DE HOSPITAL-DIA

ATIVIDADES:

1.1-Realizar ações individuais ou coletivas de prevenção à saúde tais como: imunizações, primeiro atendimento, controle de doenças, visita domiciliar, coleta de material para exame, etc.;

1.2-Realizar vigilância epidemiológica através de coleta e análise sistemática de dados, investigação epidemiológica, informação sobre doenças, etc.;

1.3-Promover ações de educação para a saúde, através de palestras, demonstrações e treinamento "in loco", campanha, etc.;

1.4-Orientar as ações em saneamento básico através da instalação e manutenção de melhorias sanitárias domiciliares relacionadas com água, esgoto e resíduos sólidos;

1.5-Realizar vigilância nutricional através das atividades continuadas e rotineiras de observação, coleta e análise de dados e disseminação da informação referente ao estado nutricional, desde a ingestão de alimentos à sua utilização biológica;

1.6-Recepcionar, registrar e fazer marcação de consultas;

1.7-Proceder à consulta médica, odontológica, psicológica, de assistência social, de nutrição, de farmácia, de fisioterapia, de terapia ocupacional, de fonoaudiologia e de enfermagem;

1.8-Realizar procedimentos médicos e odontológicos de pequeno porte, sob anestesia local (punções, biópsia, etc);

1.9-Realizar procedimentos diagnósticos que requeiram preparação e/ou observação médica posterior, por período de até 24 horas *;

1.10-Realizar procedimentos terapêuticos, que requeiram preparação e/ou observação médica posterior, por período de até 24 horas *;

1.11-executar e registrar a assistência médica e de enfermagem por período de até 24 horas; e

1.12- Realizar treinamento especializado para aplicação de procedimento terapêutico e/ou manutenção ou uso de equipamentos especiais.

* As sub-atividades relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, encontram-se nas listagens da Atribuição 4 que descrevem cada um dos procedimentos por especialidades.

ATRIBUIÇÃO 2: PRESTAÇÃO DE ATENDIMENTO IMEDIATO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

ATIVIDADES:

2.1-Nos casos sem risco de vida (urgência de baixa e média complexidade):

2.1.1-fazer triagem para os atendimentos;

2.1.2-prestar atendimento social ao paciente e/ou acompanhante;

2.1.3-fazer higienização do paciente;

2.1.4-realizar procedimentos de enfermagem;

2.1.5-realizar atendimentos e procedimentos de urgência;

2.1.6-prestar apoio diagnóstico e terapêutico por 24 hs;

2.1.7-manter em observação o paciente por período de até 24hs;e

2.1.8-fornecer refeição para o paciente.

2.2- Nos casos com risco de vida (emergência) e nos casos sem risco de vida (urgências de alta complexidade):

2.2.1-prestar o primeiro atendimento ao paciente;

2.2.2-prestar atendimento social ao paciente e/ou acompanhante;

2.2.3-fazer higienização do paciente;

2.2.4-realizar procedimentos de enfermagem;

2.2.5-realizar atendimentos e procedimentos de emergência e urgência de alta complexidade;

2.2.6-prestar apoio diagnóstico e terapia por 24 hs;

2.2.7-manter em observação o paciente por período de até 24 hs;e

2.2.8-fornecer refeição para o paciente.

ATRIBUIÇÃO 3: PRESTAÇÃO DE ATENDIMENTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM REGIME DE INTERNAÇÃO

ATIVIDADES:

3.1- Internação de pacientes adultos e infantis:

3.1.1-proporcionar condições de internar pacientes, em ambientes individuais ou coletivos, conforme faixa etária, patologia, sexo e intensividade de cuidados;

3.1.2-executar e registrar a assistência médica diária;

3.1.3-executar e registrar a assistência de enfermagem, administrando as diferentes intervenções sobre o paciente;

3.1.4-prestar assistência nutricional e distribuir alimentação a pacientes (em locais específicos ou no leito) e a acompanhantes (quando for o caso);

3.1.5-prestar assistência psicológica e social;

3.1.6-realizar atividades de recreação infantil e de terapia ocupacional; e

3.1.7-prestar assistência pedagógica infantil (de 1º grau) quando o período de internação for superior a 30 dias.

3.2-Internação de recém-nascidos até 28 dias (neonatologia):

3.2.1-alocar e manter sob cuidados recém-nascidos sadios;

3.2.2-proporcionar condições de internar recém-nascidos, patológicos, prematuros e externos que necessitam de observação;

3.2.3-proporcionar condições de internar pacientes críticos em regime intensivo;

3.2.4-executar e registrar a assistência médica diária;

3.2.5-executar e registrar a assistência de enfermagem, administrando as diferentes intervenções sobre o paciente;

3.2.6-prestar assistência nutricional e dar alimentação aos recém-nascidos;

3.2.7-executar o controle de entrada e saída de RN.

3.3-Internação de pacientes em regime de terapia intensiva:

3.3.1-proporcionar condições de internar pacientes críticos, em ambientes individuais ou coletivos, conforme grau de risco, faixa etária (exceto neonatologia), patologia e requisitos de privacidade;

3.3.2-executar e registrar a assistência médica intensiva;

3.3.3-executar e registrar a assistência de enfermagem intensiva;

3.3.4-prestar apoio diagnóstico laboratorial, de imagens, hemoterápico, cirúrgico e terapêutico durante 24 horas;

3.3.5-manter condições de monitoramento e assistência respiratória 24 horas;

3.3.6-prestar assistência nutricional e distribuir alimentação aos pacientes;

3.3.7-manter pacientes com morte cerebral, nas condições de permitir a retirada de órgãos para transplante, quando consentida; e

3.3.8-prestar informações e assistência aos acompanhantes dos pacientes.

3.4-Internação de pacientes queimados em regime intensivo:

3.4.1-recepcionar e transferir pacientes;

3.4.2-proporcionar condições de internar pacientes com queimaduras graves, em ambientes individuais ou coletivos, conforme faixa etária, sexo e grau de queimadura;

3.4.3-executar e registrar a assistência médica ininterrupta;

3.4.4-executar e registrar a assistência de enfermagem ininterrupta;

3.4.5-dar banhos com fins terapêuticos nos pacientes;

3.4.6-assegurar a execução dos procedimentos pré-anestésicos e executar procedimentos anestésicos;

3.4.7-prestar apoio terapêutico cirúrgico como rotina de tratamento (vide item 5.6.);

3.4.8-prestar apoio diagnóstico laboratorial e de imagens ininterrupto;

3.4.9-manter condições de monitoramento e assistência respiratória ininterruptas;

3.4.10-prestar assistência nutricional de alimentação e hidratação aos pacientes; e

3.4.11-prestar apoio terapêutico de reabilitação fisioterápica aos pacientes.

ATRIBUIÇÃO 4: PRESTAÇÃO DE ATENDIMENTO DE APOIO AO DIAGNÓSTICO E TERAPIA

ATIVIDADES:

4.1-Patologia clínica:

4.1.1-receber ou proceder a coleta de material (no próprio laboratório ou descentralizada);

4.1.2-fazer a triagem do material;

4.1.3-fazer análise e procedimentos laboratoriais de substâncias ou materiais biológicos com finalidade diagnóstica e de pesquisa;

4.1.4-fazer o preparo de reagentes/soluções;

4.1.5-fazer a desinfecção do material analisado a ser descartado;

- 4.1.6-fazer a lavagem e preparo do material utilizado; e
- 4.1.7-emitir laudo das análises realizadas.
- 4.2-Imagenologia:
 - 4.2.1-proceder à consulta e exame clínico de pacientes;
 - 4.2.2-preparar o paciente;
 - 4.2.3-assegurar a execução de procedimentos pré-anestésicos e realizar procedimentos anestésicos;
 - 4.2.4-proceder a lavagem cirúrgica das mãos;
 - 4.2.5-realizar exames diagnósticos e intervenções terapêuticas:
 - a)por meio da radiologia através dos resultados de estudos fluoroscópicos ou radiográficos;
 - b)por meio da radiologia cardiovascular, usualmente recorrendo a catéteres e injeções de contraste. Executam-se também procedimentos terapêuticos como angioplastia, drenagens e embolizações terapêuticas;
 - c)por meio da tomografia- através do emprego de radiações ionizantes;
 - d)por meio da ultra-sonografia- através dos resultados dos estudos ultra- sonográficos;
 - e)por meio da ressonância magnética- através de técnica que utiliza campos magnéticos;
 - f)por meio de endoscopia digestiva e respiratória;
 - g)por outros meios;
 - 4.2.6-elaborar relatórios médico e de enfermagem e registro dos procedimentos realizados;
 - 4.2.7-proporcionar cuidados pós-anestésicos e pós procedimentos;
 - 4.2.8-assegurar atendimento de emergência;
 - 4.2.9-realizar o processamento da imagem;
 - 4.2.10-interpretar as imagens e emitir laudo dos exames realizados;
 - 4.2.11-guardar e preparar chapas, filmes e contrastes;
 - 4.2.12-zelar pela proteção e segurança de pacientes e operadores; e
 - 4.2.13-Assegurar o processamento do material biológico coletado nas endoscopias.
- 4.3-Métodos gráficos:
 - 4.3.1-preparar o paciente;
 - 4.3.2-realizar os exames que são representados por traçados gráficos aplicados em papel ou em filmes especiais, tais como: eletrocardiograma, ecocardiograma, ergometria, fonocardiograma, vetocardiograma, eletroencefalograma, potenciais evocados, etc.; e
 - 4.3.3-emitir laudo dos exames realizados.
- 4.4-Anatomia patológica e citopatologia:
 - 4.4.1-receber e registrar o material para análise (peças, esfregaços, líquidos , secreções e cadáveres)
 - 4.4.2-fazer a triagem do material recebido;
 - 4.4.3-preparo e guarda dos reagentes;
 - 4.4.4-fazer exames macroscópicos e/ou processamento técnico (clivagem, descrição, capsulamento, fixação e armazenagem temporária e peças) do material a ser examinado;
 - 4.4.5-realizar exames microscópicos de materiais teciduais ou citológicos, obtidos por coleta a partir de esfregaços, aspirados, biópsias ou necrópsias;
 - 4.4.6-realizar necrópsias;
 - 4.4.7-emitir laudo dos exames realizados;
 - 4.4.8-fazer a codificação dos exames realizados;
 - 4.4.9-manter documentação fotográfica científica, arquivo de lâminas e blocos;
 - 4.4.10-zelar pela proteção dos operadores.
- 4.5-Desenvolvimento de atividades de medicina nuclear:
 - 4.5.1-receber e armazenar os radioisótopos;
 - 4.5.2-fazer o fracionamento dos radioisótopos;
 - 4.5.3-receber e proceder a coleta de amostras de líquidos corporais para ensaios;
 - 4.5.4-realizar ensaios com as amostras coletadas utilizando radioisótopos;
 - 4.5.5-aplicar radioisótopos no paciente pelos meios: injetável, oral ou inalável;
 - 4.5.6-manter o paciente em repouso pós-aplicação;
 - 4.5.7-realizar exames nos pacientes "aplicados";
 - 4.5.8-realizar o processamento da imagem;
 - 4.5.9-manter em isolamento paciente pós-terapia com potencial de emissão radioativa;
 - 4.5.10-emitir laudo dos atos realizados e manter documentação; e
 - 4.5.11-zelar pela proteção e segurança dos pacientes e operadores.
- 4.6-Realização de procedimentos cirúrgicos e endoscópicos,;

- 4.6.1-recepcionar e transferir pacientes;
- 4.6.2-assegurar a execução dos procedimentos pré-anestésicos e executar procedimentos anestésicos no paciente;
- 4.6.3-proceder a lavagem cirúrgica e anti-sepsia das mãos;
- 4.6.4-executar cirurgias e endoscopias em regime de rotina ou em situações de emergência;
- 4.6.5-realizar endoscopias que requeiram supervisão de médico anestesista;
- 4.6.6-realizar relatórios médicos e de enfermagem e registro das cirurgias e endoscopias realizadas;
- 4.6.7-proporcionar cuidados pós-anestésicos;
- 4.6.8-garantir o apoio diagnóstico necessário; e
- 4.6.9-retirar e manter órgãos para transplante.
- 4.7.Realização de partos normais, cirúrgicos e intercorrências obstétricas:
 - 4.7.1-recepcionar e transferir parturientes;
 - 4.7.2-examinar e higienizar parturiente;
 - 4.7.3-assistir parturientes em trabalho de parto;
 - 4.7.4-assegurar a execução dos procedimentos pré-anestésicos e anestésicos;
 - 4.7.5-proceder a lavagem e anti-sepsia cirúrgica das mãos, nos casos de partos cirúrgicos;
 - 4.7.6-assistir partos normais;
 - 4.7.7-realizar partos cirúrgicos;
 - 4.7.8-assegurar condições para que acompanhantes das parturientes possam assistir ao pré-parto, parto e pós-parto, a critério médico;
 - 4.7.9-realizar curetagens com anestesia geral;
 - 4.7.10-realizar aspiração manual intra-uterina-AMIU;
 - 4.7.11-prestar assistência médica e de enfermagem ao RN, envolvendo avaliação de vitalidade, identificação, reanimação (quando necessário) e higienização;
 - 4.7.12-realizar relatórios médicos e de enfermagem e registro de parto;
 - 4.7.13-proporcionar cuidados pós-anestésicos e pós-parto; e
 - 4.7.14-garantir o apoio diagnóstico necessário.
- 4.8-Desenvolvimento de atividades de reabilitação em pacientes externos e internos:
 - 4.8.1-preparar o paciente;
 - 4.8.2-realizar procedimentos:
 - a)por meio da fisioterapia - através de meios físicos:
 - Termoterapia (tratamento através de calor) -forno de Bier, infravermelho, Ultravioleta, ondas curtas, ultra-som e parafina;
 - Eletroterapia (tratamento através de corrente elétrica) -corrente galvânica e corrente farádica;
 - Cinesioterapia (tratamento através de movimento) -exercício ativo, exercício passivo e exercício assistido (com ajuda de aparelhos);
 - Mecanoterapia (tratamento através de aparelhos) -tração cervical, tração lombar, bicicleta fixa, bota de Delorene, mesa de Kanavel, espelho de postura, barra de Ling, escada e rampa, roda de ombro, paralela, tatame e quadro balcânico;
 - Hidroterapia (tratamento por meio de água) -turbilhão, tanque de Hubbad e piscina;
 - b)por meio da terapia ocupacional; e,
 - c)por meio da fonoaudiologia.
 - 4.8.3-emitir relatório das terapias realizadas.
- 4.9-Desenvolvimento de atividades hemoterápicas e hematológicas:
 - 4.9.1-recepcionar e registrar doadores;
 - 4.9.2-manter arquivo de doadores;
 - 4.9.3-fazer triagem hematológica e clínica de doadores;
 - 4.9.4-coletar sangue ou hemocomponentes;
 - 4.9.5-prestar assistência nutricional aos doadores;
 - 4.9.6-proporcionar cuidados médicos aos doadores;
 - 4.9.7-processar sangue em componentes;
 - 4.9.8-analisar as amostras coletadas de doadores;
 - 4.9.9-emitir laudo da análise realizada;
 - 4.9.10-fazer a liberação e rotulagem dos produtos após o resultado das análises laboratoriais;
 - 4.9.11-estocar sangue e hemocomponentes;
 - 4.9.12-testar os hemocomponentes produzidos;
 - 4.9.13-promover teste de compatibilidade entre a amostra de sangue de pacientes e hemocomponentes ou sangue de doadores;
 - 4.9.14-distribuir sangue e hemocomponentes;

- 4.9.15-coletar amostra de sangue de pacientes;
- 4.9.16-promover terapêutica transfusional em paciente;
- 4.9.17-promover a aférese terapêutica em paciente; e
- 4.9.18-realizar procedimentos de enfermagem.
- 4.10-Desenvolvimento de atividades de radioterapia:
 - 4.10.1-proceder a consulta médica para o planejamento e programação da terapia;
 - 4.10.2-preparar paciente;
 - 4.10.3-realizar procedimentos de enfermagem;
 - 4.10.4-realizar o planejamento e programação de procedimentos radioterápicos (cálculos, moldes, máscaras, simulação, etc.);
 - 4.10.5-fazer o preparo dos radioisótopos; (Redação dada pela RESOLUÇÃO - RDC Nº 307, DE 14 DE NOVEMBRO DE 2002)
 - 4.10.6-realizar o processamento da imagem; (Redação dada pela RESOLUÇÃO - RDC Nº 307, DE 14 DE NOVEMBRO DE 2002)
 - 4.10.7-aplicar radiações ionizantes (Raios X, gama, etc.) para fins terapêuticos através equipamentos apropriados; (Redação dada pela RESOLUÇÃO - RDC Nº 307, DE 14 DE NOVEMBRO DE 2002)
 - 4.10.8-manter em isolamento paciente em terapia com potencial de emissão radioativa; e, (Redação dada pela RESOLUÇÃO - RDC Nº 307, DE 14 DE NOVEMBRO DE 2002)
 - 4.10.9-zelar pela proteção e segurança dos pacientes, operadores e ambientes. (Incluído pela RESOLUÇÃO - RDC Nº 307, DE 14 DE NOVEMBRO DE 2002)
- 4.11-Desenvolvimento de atividades de quimioterapia:
 - 4.11.1-realizar o planejamento e programação das ações de quimioterapia;
 - 4.11.2-preparar paciente;
 - 4.11.3-realizar procedimentos de enfermagem;
 - 4.11.4-administrar/infundir soluções quimioterápicas para fins terapêuticos;
 - 4.11.5-manter em observação paciente pós-terapia;
 - 4.11.6-emitir laudo e registrar os atos realizados; e
 - 4.11.7-zelar pela proteção e segurança dos pacientes, operadores e ambiente.
- 4.12-Desenvolvimento de atividades de diálise:
 - 4.12.1-proceder a consulta médica para elaboração de plano de diálise;
 - 4.12.2-proporcionar cuidados médicos imediatos aos pacientes com intercorrências advindas da diálise;
 - 4.12.3-proporcionar condições para o tratamento (deionização, osmose reversa ou outro) da água a ser utilizada nas terapias;
 - 4.12.4-realizar diálises (peritoniais e/ou hemodiálise);
 - 4.12.5-realizar procedimentos de enfermagem;
 - 4.12.6-realizar o processamento de limpeza e desinfecção dos capilares para reuso nas diálises; e,
 - 4.12.7-proceder ao treinamento de DPAC (Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua) para os pacientes;
 - 4.12.8-prestar assistência nutricional aos pacientes.
- 5.13 - Banco de Leite Humano (Redação dada pela Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 918, de 19/09/2024)
 - 5.13.1 - Recepcionar, registrar e fazer a triagem das doadoras. (Redação dada pela Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 918, de 19/09/2024)
 - 5.13.2 - Receber o leite humano de coletas externas. (Redação dada pela Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 918, de 19/09/2024)
 - 5.13.3 - Preparar doadoras e profissionais. (Redação dada pela Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 918, de 19/09/2024)
 - 5.13.4 - coletar leite humano (Redação dada pela Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 918, de 19/09/2024)
 - 5.13.5 - processar o leite humano ordenhado compreendendo as etapas de degelo, seleção, classificação, reenvase, pasteurização. (Redação dada pela Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 918, de 19/09/2024)
 - 5.13.6 - liofilizar o leite processado. (Redação dada pela Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 918, de 19/09/2024)
 - 5.13.7 - Estocar o leite humano processado. (Redação dada pela Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 918, de 19/09/2024)

5.13.8 - Fazer o controle de qualidade do leite humano coletado e processado. (Redação dada pela Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 918, de 19/09/2024)

5.13.9 - distribuir leite humano. (Redação dada pela Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 918, de 19/09/2024)

5.13.10 - porcionar o leite humano. (Redação dada pela Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 918, de 19/09/2024)

5.13.11 - proporcionar condições de conforto aos lactentes e acompanhantes da doadora. (Redação dada pela Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 918, de 19/09/2024)

5.13.12 - promover ações de educação no âmbito do aleitamento materno, por meio de palestras, demonstrações e treinamento; (Redação dada pela Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 918, de 19/09/2024)

4.14-Desenvolvimento de atividades de oxigenoterapia hiperbárica (OHB):

4.14.1-proceder a consulta médica para o planejamento e programação da terapia;

4.14.2-emitir relatório das terapias realizadas;

4.14.3-realizar o tratamento médico através de câmara hiperbárica individual ou coletiva;

4.14.4-Proporcionar acompanhamento médico aos pacientes durante as sessões de tratamento;

4.14.5-proporcionar cuidados médicos imediatos aos pacientes com intercorrências advindas do tratamento;

4.14.6-realizar procedimentos de enfermagem;

4.14.7-zelar pela proteção e segurança dos pacientes, operadores e ambiente.

ATRIBUIÇÃO 5: PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE APOIO TÉCNICO

ATIVIDADES:

5.1-Proporcionar condições de assistência alimentar a indivíduos enfermos e sadios *.

5.1.1.receber, selecionar e controlar alimentos, fórmulas, preparações e utensílios;

5.1.2-armazenar alimentos, fórmulas, preparações e utensílios;

5.1.3-distribuir alimentos e utensílios para preparo;

5.1.4-fazer o preparo dos alimentos e fórmulas;

5.1.5-fazer a cocção das dietas normais, desjejuns e lanches;

5.1.6-fazer a cocção das dietas especiais;

5.1.7-fazer o preparo de fórmulas lácteas e não lácteas;

5.1.8-fazer a manipulação das nutrições enterais;

5.1.9-fazer o porcionamento das dietas normais;

5.1.10-fazer o porcionamento das dietas especiais;

5.1.11-fazer o envase, rotulagem e esterilização das fórmulas lácteas e não lácteas;

5.1.12-fazer o envase e rotulagem das nutrições enterais;

5.1.13-distribuir as dietas normais e especiais;

5.1.14.distribuir as fórmulas lácteas e não lácteas;

5.1.15-distribuir as nutrições enterais;

5.1.16-distribuir alimentação e oferecer condições de refeição aos pacientes, funcionários, alunos e público;

5.1.17-distribuir alimentação específica e individualizada aos pacientes;

5.1.18-higienizar e guardar os utensílios da área de preparo;

5.1.19-receber, higienizar e guardar utensílios dos pacientes além de descontaminar e esterilizar os utensílios provenientes de quartos de isolamento;

5.1.20-receber, higienizar e guardar as louças, bandeja e talheres dos funcionários, alunos e público;

5.1.21-receber, higienizar e guardar os carrinhos;

5.1.22-receber, higienizar e esterilizar mamadeiras e demais utensílios utilizados; e

5.1.23-receber, higienizar e esterilizar os recipientes das nutrições enterais.

*Nota: Alguns estabelecimentos proporcionam condições de alimentação a público visitante.

5.2-Proporcionar assistência farmacêutica:

5.2.1-receber e inspecionar produtos farmacêuticos;

5.2.2-armazenar e controlar produtos farmacêuticos;

5.2.3-distribuir produtos farmacêuticos;

5.2.4-dispensar medicamentos;

- 5.2.5-manipular, fracionar e reconstituir medicamentos;
- 5.2.6-preparar e conservar misturas endovenosas (medicamentos)
- 5.2.7-preparar nutrições parenterais;
- 5.2.8-diluir quimioterápicos;
- 5.2.9-diluir germicidas;
- 5.2.10-realizar controle de qualidade; e
- 5.2.11-prestar informações sobre produtos farmacêuticos.
- 5.3-Proporcionar condições de esterilização de material médico, de enfermagem, laboratorial, cirúrgico e roupas:
- 5.3.1-receber, desinfetar e separar os materiais;
- 5.3.2-lavar os materiais;
- 5.3.3-receber as roupas vindas da lavanderia;
- 5.3.4-preparar os materiais e roupas (em pacotes);
- 5.3.5-esterilizar os materiais e roupas, através dos métodos físicos (calor úmido, calor seco e ionização) e/ou químico (líquido e gás), proporcionando condições de aeração dos produtos esterilizados a gás;
- 5.3.6-fazer o controle microbiológico e de validade dos produtos esterilizados;
- 5.3.7-armazenar os materiais e roupas esterilizadas;
- 5.3.8-distribuir os materiais e roupas esterilizadas; e
- 5.3.9-zelar pela proteção e segurança dos operadores.

ATRIBUIÇÃO 6: FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS E DE PESQUISA

ATIVIDADES:

- 6.1-Promover o treinamento em serviço dos funcionários;
- 6.2-Promover o ensino técnico, de graduação e de pós-graduação; e
- 6.3-Promover o desenvolvimento de pesquisas na área de saúde.*

*Nota: Sua execução pode se dar em praticamente todos os ambientes do EAS.

ATRIBUIÇÃO 7: PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE APOIO DE GESTÃO E EXECUÇÃO ADMINISTRATIVA

ATIVIDADES:

- 7.1-Realizar os serviços administrativos do estabelecimento:
- 7.1.1-dirigir os serviços administrativos;
- 7.1.2-assessorar a direção do EAS no planejamento das atividades e da política de investimentos em recursos humanos, físicos, técnicos e tecnológicos;
- 7.1.3-executar administração de pessoal;
- 7.1.4-fazer compra de materiais e equipamentos;
- 7.1.5-executar administração orçamentária, financeira, contábil e faturamento;
- 7.1.6-organizar, processar e arquivar os dados de expediente;
- 7.1.7-prestar informações administrativas aos usuários e funcionários; e
- 7.1.8-apurar custos da prestação de assistência e outros.
- 7.2-Realizar os serviços de planejamento clínico, de enfermagem e técnico:
- 7.2.1-dirigir os serviços clínicos, de enfermagem e técnico do estabelecimento;
- 7.2.2-executar o planejamento e supervisão da assistência; e
- 7.2.3-prestar informações clínicas e de enfermagem ao paciente.
- 7.3-Realizar serviços de documentação e informação em saúde:
- 7.3.1-registrar a movimentação dos pacientes e serviços clínicos do estabelecimento;
- 7.3.2-proceder a marcação de consultas e exames;
- 7.3.3-fazer as notificações médicas e as movimentações dos pacientes do atendimento imediato;
- 7.3.4-receber, conferir, ordenar, analisar e arquivar os prontuários dos pacientes;
- 7.3.5-elaborar e divulgar estatísticas de produção e dados nosológicos do estabelecimento; e
- 7.3.6-fazer notificação policial dos casos de acidente e violência.*

*Função exercida por um policial, ficando o relacionamento da área de saúde com esse setor, submetido às normas éticas de cada profissão.

ATRIBUIÇÃO 8: PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE APOIO LOGÍSTICO

ATIVIDADES:

- 8.1-Proporcionar condições de lavagem das roupas usadas
- 8.1.1-coletar e acondicionar roupa suja a ser encaminhada para a lavanderia (externa ao EAS ou não);
- 8.1.2-receber, pesar a roupa e classificar conforme norma;
- 8.1.3-lavar e centrifugar a roupa;

- 8.1.4-secar a roupa;
- 8.1.5-costurar e/ou confeccionar, quando necessário, a roupa;
- 8.1.6-passar a roupa através de calandra, prensa ou ferro;
- 8.1.7-separar e preparar (dobragem, etc.) a roupa lavada ;
- 8.1.8-armazenar as roupas lavadas;
- 8.1.9-separar e preparar os pacotes da roupa a ser esterilizada;
- 8.1.10-distribuir a roupa lavada;
- 8.1.11-zelar pela segurança dos operadores; e
- 8.1.12-limpar e desinfetar o ambiente e os equipamentos.
- 8.2-Executar serviços de armazenagem de materiais e equipamentos:
 - 8.2.1-receber, inspecionar e registrar os materiais e equipamentos;
 - 8.2.2-armazenar os materiais e equipamentos por categoria e tipo; e
 - 8.2.3-distribuir os materiais e equipamentos.
- 8.3-Proporcionar condições técnicas para revelação, impressão e guarda de chapas e filmes:
- 8.4-Executar a manutenção do estabelecimento:
 - 8.4.1-receber e inspecionar equipamentos, mobiliário e utensílios;
 - 8.4.2-executar a manutenção predial (obras civis e serviços de alvenaria, hidráulica, mecânica, elétrica, carpintaria, marcenaria, serralharia, jardinagem, serviços de chaveiro);
 - 8.4.3-executar a manutenção dos equipamentos de saúde: assistenciais, de apoio, de infra-estrutura e gerais, mobiliário e utensílios (serviços de mecânica, eletrônica, eletromecânica, ótica, gasotécnica, usinagem, refrigeração, serralharia, pintura, marcenaria e estofaria);
 - 8.4.4-guardar e distribuir os equipamentos, mobiliário e utensílios; e
 - 8.4.5-alienar bens inservíveis.
- 8.5-Proporcionar condições de guarda, conservação, velório e retirada de cadáveres.
- 8.6-Proporcionar condições de conforto e higiene aos:
 - 8.6.1-paciente: recepção, espera, guarda de pertences, recreação, troca de roupa e higiene pessoal;
 - 8.6.2-doador: espera, guarda de pertences e higiene pessoal;
 - 8.6.3-funcionário e aluno: descanso, guarda de pertences, troca de roupa e higiene pessoal;
 - 8.6.4-público: espera, guarda de pertences e higiene pessoal.
- 8.7-Zelar pela limpeza e higiene do edifício, instalações e áreas externas e materiais e instrumentais e equipamentos assistenciais, bem como pelo gerenciamento de resíduos sólidos.
- 8.8-Proporcionar condições de segurança e vigilância do edifício, instalações e áreas externas.
- 8.9-Proporcionar condições de infra-estrutura predial:
 - 8.9.1-de produção:
 - a)abastecimento de água;
 - b)alimentação energética;
 - c)geração de energia;
 - d)geração de vapor; e,
 - e)geração de água e ar frio.
 - 8.9.2-de distribuição ou coleta:
 - a)efluentes;
 - b)resíduos sólidos;
 - c)resíduos radioativos.
 - 8.9.3-reservação, lançamento ou tratamento:
 - a)água;
 - b)gases combustíveis (GLP e outros);
 - c)óleo combustível;
 - d)gases medicinais;
 - e)esgoto;e
 - f)resíduos sólidos.
 - 8.9.4-guarda de veículos

ATRIBUIÇÃO 4: PRESTAÇÃO DE ATENDIMENTO DE APOIO AO DIAGNÓSTICO E TERAPIA (Incluído pela RESOLUÇÃO-RDC Nº 171, DE 4 DE SETEMBRO DE 2006)

- 4.10.5-fazer o preparo dos radioisótopos;

4.10.6-realizar o processamento da imagem;

4.10.7-aplicar radiações ionizantes (Raios X, Gama, etc.) para fins terapêuticos através equipamentos apropriados;

4.10.8-manter em isolamento paciente em terapia com potencial de emissão radioativa; e,

4.10.9-zelar pela proteção e segurança dos pacientes, operadores e ambientes.

3 - DIMENSIONAMENTO, QUANTIFICAÇÃO E INSTALAÇÕES PREDIAIS DOS AMBIENTES

Neste capítulo são abordados os aspectos espaciais estritamente relacionados com as diversas atribuições e atividades, a partir de uma listagem extensa dos ambientes próprios para os Estabelecimentos Assistenciais de Saúde, reunidos em tabelas por grupos de atividades.

As tabelas apresentadas a seguir não são programas arquitetônicos de unidades específicas, mas sim tabelas contendo os diversos ambientes próprios para cada atividade descrita no capítulo 2 - organização físico-funcional.

Portanto, ao se elaborar o programa arquitetônico de um EAS qualquer é necessário, antes de se consultar as tabelas, descrever quais atividades serão realizadas nesse EAS e assim identificar quais os ambientes necessários para a realização dessas atividades. Não é correto listar ambientes sem saber antes que tipos de atividades serão desenvolvidas no EAS.

A presente norma não estabelece uma tipologia de edifícios de saúde, como por exemplo posto de saúde, centro de saúde, hospital, etc., aqui se procurou tratar genericamente todos esses edifícios como sendo estabelecimentos assistenciais de saúde - EAS, que devem se adequar as peculiaridades epidemiológicas, populacionais e geográficas da região onde estão inseridos. Portanto, são EASs diferentes, mesmo quando se trata de edifícios do tipo centros de saúde, por exemplo. O programa arquitetônico de um centro de saúde irá variar caso a caso, na medida em que atividades distintas ocorram em cada um deles.

Desta forma, as diversas tabelas contidas no documento permitem que sejam elaborados programas arquitetônicos dos mais diversos. Para tanto se deve, a partir da definição da listagem das atividades que o EAS irá realizar, escolher os ambientes próprios para realização das mesmas. Assim, identificando-se na listagem de atribuições/atividades do capítulo 2 o número da atividade que se irá realizar, deve-se procurar na primeira coluna de cada tabela esse número e consequentemente o ambiente correspondente àquela atividade. Exemplo: caso tenha-se definido que o EAS executará a atribuição de internação e mais precisamente as atividades de internação de pacientes em regime de terapia intensiva, deve-se procurar a tabela de unidade funcional internação, subgrupo internação intensiva. Nesta tabela serão encontrados os ambientes fins "relativos à UTI/CTI. Logicamente um programa arquitetônico de uma UTI não será composto somente por esses ambientes. Portanto, deve-se procurar nas tabelas relativas as atividades de apoio os ambientes complementares, como por exemplo banheiros, copas, etc. Esses ambientes encontram-se listados abaixo das tabelas, com a denominação ambientes de apoio.

Cabe ressaltar que o ambiente somente será obrigatório, se, obviamente, o EAS for exercer a atividade correspondente.

Portanto não há programas arquitetônicos pré-definidos, e sim uma listagem de ambientes que deve ser usada pela equipe de planejamento do EAS na medida que se está montado o programa desse, ou quando o projeto está sendo analisado para fins de aprovação.

Cada programa é específico e deve ser elaborado pela equipe que está planejando o EAS, incorporando as necessidades e as especificidades do empreendimento, propiciando desta forma uma descentralização de decisões, não mais tomadas sob uma base pré-definida de programas ou formas.

AMBIENTES DO EAS

Ambiente é entendido nesta norma como o espaço fisicamente determinado e especializado para o desenvolvimento de determinada(s) atividade(s), caracterizado por dimensões e instalações diferenciadas.

Os aspectos de dimensionamento e as instalações prediais dos ambientes encontram-se organizados em colunas próprias nas tabelas. A quantificação refere-se ao número de vezes em que o mesmo ambiente se repete. O dimensionamento é expresso pela quantificação e dimensões espaciais do ambiente, ou seja, o tamanho do ambiente (superfície e dimensão), em função do equipamento e/ou população presentes. O dimensionamento logicamente deverá estar relacionado à demanda pretendida ou estipulada, portanto a quantificação e o dimensionamento adotado nas tabelas são o mínimo necessário, podendo ser aumentado a partir da demanda gerada.

INSTRUÇÕES PARA USO DAS TABELAS DE AMBIENTES

A existência ou não de um determinado ambiente, depende da execução ou não da atividade correspondente. Entretanto, em alguns casos o fato de determinada atividade ser realizada, não garante a existência de ambiente específico para esta, pois a atividade eventualmente pode ser executada junto com outra atividade em outro ambiente.

Os ambientes em cuja coluna-quantificação aparecem numerais ou fórmulas matemáticas identificando a quantidade mínima destes, são obrigatórios, ou seja, quando a unidade existir, assim como a atividade correspondente, estes tem de estar presentes. Os demais são optativos, na dependência do tipo do estabelecimento.

Os ambientes de apoio podem ou não estar dentro da área da unidade, desde que de fácil acesso, salvo exceções explicitadas entre parênteses ao lado do nome do ambiente, assim como podem ser compartilhados entre duas ou mais unidades. Unidades de acesso restrito (centro cirúrgico; centro obstétrico; hemodinâmica; UTI, etc.), têm seus ambientes de apoio no interior das próprias unidades. Os aspectos de quantificação, de dimensão e de instalações dos ambientes de apoio encontram-se detalhados nas tabelas das unidades funcionais específicas desses.

Os ambientes de apoio que estiverem assinalados com * não são obrigatórios, os demais são. Esses ambientes de apoio podem ser compartilhados entre duas ou mais unidades, a depender do "lay-out" dessas.

Estabelecimentos que realizam atividades especializadas relativas a uma ou mais unidades funcionais e que funcionam físico e funcionalmente isolado - extra-hospitalar, dispondo de recursos materiais e humanos compatíveis à prestação de assistência como, por exemplo, clínicas de diálise, de quimioterapia e radioterapia, de endoscopia, estabelecimentos da rede de sangue, etc., necessitam de ambientes de apoio, ou mesmo unidades inteiras complementares aos ambientes especificados nas tabelas, de modo a suprir estes EASs de serviços essenciais ao seu funcionamento. Esses ambientes poderão se localizar dentro do próprio edifício ou mesmo fora desses através de serviços terceirizados ou não e normalmente estão relacionadas às atividades de processamento de roupas, esterilização de materiais, nutrição de pacientes ou funcionários, etc. Ambientes de apoio relacionados ao conforto e higiene dos pacientes e funcionários, guarda de RSS e limpeza do EAS devem estar localizados na própria edificação.

Para fins de avaliação de projeto, aceitam-se variações de até 5 % nas dimensões mínimas dos ambientes, principalmente para atendimento a modulações arquitetônicas e estruturais. Para análise de projetos de reforma vide item 6 do capítulo Elaboração de Projetos Físicos.

LEGENDA:

HF = Água fria

HQ = Água quente

FV = Vapor

FG = Gás combustível

FO = Oxigênio (6)

FN = Óxido nitroso

FV C = Vácuo clínico (6)

FV L = Vácuo de limpeza

FA M = Ar comprimido medicinal (6)

FA I = Ar comprimido industrial

AC = Ar condicionado (1)

CD = Coleta e afastamento de efluentes diferenciados (2)

EE = Elétrica de emergência (3)

ED = Elétrica diferenciada (4)

E = Exaustão (5)

ADE = A depender dos equipamentos utilizados. Nesse caso é obrigatória a apresentação do "lay-out" da sala com o equipamento.

(1) Refere-se à climatização destinada à ambientes que requerem controle na qualidade do ar.

(2) Refere-se à coleta e afastamento de efluentes que necessitam de algum tratamento especial.

(3) Refere-se à necessidade de o ambiente ser provido de sistema elétrico de emergência.

(4) Refere-se à necessidade de o ambiente ser provido de sistema elétrico diferenciado dos demais, na dependência do equipamento instalado. Exemplo: sistema com tensão diferenciada, aterramento, etc.

(5) É dispensável quando existir sistema de ar recirculado.

(6) Canalizado ou portátil.

(*) A classificação foi adotada em função de como o profissional de saúde recebe as informações ou realiza as terapias OBS.: Não foram objetos de estudo as instalações: elétrica comum, hidro-sanitária comum, telefone, som, processamento de dados, cabeamento estruturado, águas pluviais, combate a incêndios e climatização de conforto.

UNIDADE FUNCIONAL: 1- ATENDIMENTO AMBULATORIAL				
Nº ATIV	UNIDADE / AMBIENTE	DIMENSIONAMENTO		INSTALAÇÕES
		QUANTIFICAÇÃO (min.)	DIMENSÃO (min.)	
1.1 a 1.5	Ações Básicas de Saúde			
1.1	Sala de atendimento individualizado	1	9,0 m²	HF
1.1, 1.3, 1.4 e 1.5	Sala de demonstração e educação em saúde	1	1,0 m² por ouvinte	HF
1.1	Sala de imunização	1	6,0 m²	HF
1.5	Sala de armazenagem e distribuição de alimentos de programas especiais		1,0 m² por tonelada para empilhamentos com h.= 2,0 m e com aproveitamento de 70% da m³ do ambiente	
1.2, 1.4, 1.5	Sala de relatório		1,0m² por funcionário	
1.11	Enfermagem			
1.11	Sala de preparo de paciente (consulta de enferm., triagem, biometria)		6,0 m²	HF
1.11	Sala de serviços		8,0 m²	HF
1.8; 1.11	Sala de curativos / suturas e coleta de material (exceto ginecológico)		9,0 m²	HF
1.11	Sala de reidratação (oral e intravenosa)		6,0 m² por paciente	HF;EE
1.11	Sala de inalação individual	1, obrigatório em unidades p/ tratamento de AIDS	3,2 m²	HF;FAM;FO;E
1.11	Sala de inalação coletiva		1,6 m² por paciente	HF;FAM;FO
1.11	Sala de aplicação de medicamentos		5,5 m²	HF
1.7	Consultórios ¹			
1.7; 1.8	Consultório indiferenciado	NC=(A.B): (C.D.E.F.) *	7,5 m²com dim. mínima=2,2 m	HF
1.7	Consultório de serviço social - consulta de grupo		6,0 m² + 0,8 m²p/ paciente	
1.7; 1.8	Consultório de ortopedia		7,5 m² ou 6,0 m² (- área de exames comum a outros consultórios com área mínima de 7,0 m²). Dim. mínima de ambos=2,2 m	HF
1.7; 1.8	Consultório diferenciado (oftalmo, otorrino, etc.)		A depender do equipamento utilizado. Distância mínima entre cadeiras odontológicas individuais numa mesma sala = 1 m	HF
1.7; 1.8	Consultório odontológico coletivo			HF;FAM;FVC
1.7; 1.8	Consultório odontológico		9,0 m²	
	Internação de Curta Duração ²			
1.11	Posto de enfermagem e serviços	1 a cada 12 leitos de curta duração	6,0 m²	HF;EE
1.11	Área de prescrição médica		2,0 m²	
1.8; 1.9; 1.10; 1.11; 1.12	Quarto individual de curta duração	1	10,0m² = quarto de 1 leito 7,0m² por leito = quarto de 2 leitos 6,0m²por leito = quarto de 3 a 6 leitos Nº máximo de leitos por quarto = 6 Distância entre leitos paralelos = 1m Distância entre leito e paredes: cabeceira = inexistente; pé do leito = 1,2m; lateral = 0,5m Na pediatria e na geriatria devem ser previstos espaços para cadeira de acompanhante ao lado do leito	HF; HQ; FO; FAM; EE; ED;
1.8; 1.9; 1.10; 1.11; 1.12	Quarto coletivo de curta duração			

Vide [Portaria Conjunta MS/GAB nº 1 de 02/08/00](#) sobre funcionamento de estabelecimentos privados de vacinação e [Portaria MS/GAB nº 44 de 10/01/01](#) sobre hospital-dia no âmbito do SUS.

¹ Admite-se consultórios agrupados sem ambientes de apoio, desde que funcionem de forma individual. Nesse caso os ambientes de apoio se resumem a sala(s) de espera e recepção e sanitário(s) para público e, caso haja consultórios de ginecologia, proctologia e urologia, sanitário para pacientes anexo à esses.

² Quando o EAS possuir unidade de internação, esta pode ser utilizada para manutenção de pacientes em observação pós-cirurgia ambulatorial.

Obs. : Os outros ambientes necessários a realização das atividades 1.9 e 1.10 encontram-se nas tabelas específicas - Apoio ao diagnóstico e terapia.

AMBIENTES DE APOIO:

- Sala de espera para pacientes e acompanhantes
- Área para registro de pacientes / marcação-Sala de utilidades
- Depósito de material de limpeza
- Sanitários para pacientes e público (mas. e fem.)
- Sanitários para pacientes (anexo aos consultórios de gineco-obstetrícia, proctologia e urologia)
- Banheiros para pacientes (1 para cada quarto)
- *-Sanitários para funcionários
- *-Depósito de equipamentos
- *-Área para guarda de macas e cadeira de rodas
- *-Sala administrativa
- *-Copa

*NC= N° de consultórios/cadeiras(odont.) necessários (as)

A= Pop. da área; B= N° de consultas/habitante/ano

C=N° de meses do ano; E=N° de consultas/turno de atendimento

D=N° de dias úteis do mês; F=N° de turnos de atendimentos

UNIDADE FUNCIONAL: 2- ATENDIMENTO IMEDIATO				
Nº ATIV	UNIDADE / AMBIENTE	DIMENSIONAMENTO		INSTALAÇÕES
		QUANTIFICAÇÃO (min.)	DIMENSÃO (min.)	
2.1;2.2	Atendimentos de Urgência e Emergência			
	Urgências (baixa e média complexidade)			
	Área externa para desembarque de ambulâncias	1	21,00 m² de área coberta	
2.1.1	Sala de triagem médica e/ou de enfermagem	1	8,0 m²	HF
2.1.2	Sala de serviço social	1	6,0 m²	
2.1.3;2.2.3	Sala de higienização		8,0 m²	HF;HQ
2.1.4;2.1.5	Sala de suturas / curativos	1	9,0 m²	HF;FAM;EE
2.1.4;2.1.5	Sala de reidratação		6,0 m² por leito	HF;FAM;EE
2.1.4;2.1.5	Sala de inalação	1	1,6 m² por paciente	HF;FAM;FO;EE
2.1.4	Sala de aplicação de medicamentos		5,0 m²	HF
2.1.4;2.1.5	Sala de gesso e redução de fraturas	1	10,0 m² quando houver boxes individuais = 4,0 m² por box	HF;HQ;CD;EE
2.1.5	Sala para exame indiferenciado	1. Cálculo do nº de salas: $NAU = PG \cdot CHA \cdot A^1$	7,5 m²	HF;EE
2.1.5	Sala para exame diferenciado (oftalmo, otorrino, etc)		A depender do equipamento utilizado	HF;EE;ADE
2.1.5;2.1.7	Sala de observação	1 quando não existir a unidade de emergência	8,5 m² por leito	HF;EE
2.1.4	Posto de enfermagem e serviços		6,0 m²	HF;EE

- AMBIENTES DE APOIO:
- Urgência (baixa e média complexidade)
- Área para notificação médica de pacientes
 - Área de recepção de pacientes
 - Sanitários para pacientes (geral - mas. e fem. e consultórios de gineco-obstetrícia, urologia e proctologia)
 - Sala de utilidades -Sala de espera para pacientes e acompanhantes
 - Depósito de material de limpeza -Área para guarda de macas e cadeira de rodas
 - Rouparia
 - *-Sala administrativa
 - *-Copa
- ¹NAU=N° de atendimentos de urgência
- PG= População geral
- CHA=N° de consultas/habitantes/ano
- A= Estimativa percentual do total de consultas médicas que demandam atendimento de emergência

UNIDADE FUNCIONAL: 2 - ATENDIMENTO IMEDIATO				
Nº ATIV.	UNIDADE / AMBIENTE	DIMENSIONAMENTO		INSTALAÇÕES
		QUANTIFICAÇÃO (min.)	DIMENSÃO(min.)	
2.1;2.2	Atendimentos de Urgência e Emergência (cont.)			
	Urgências (alta complexidade) e Emergências			
2.2.4	Posto de enfermagem / prescrição médica	1 para cada 12 leitos de observação	6,0 m²	HF;EE
2.2.4	Sala de serviços	1	5,7 m²	HF;EE
2.2.4 à 2.2.7	Sala de isolamento		8,0 m²	HF;HQ;FO;FAM;EE
2.2.4 à 2.2.7	Sala coletiva de observação de pediatria	1 de pediatria, 2 de adulto (mas e fem). O nº de leitos é calculado sobre a estimativa do total de atendimento de emergência e urgência. A sala de pediatria é opcional quando o nº de leitos total de obs. for =< a 6.	8,5 m² por leito	HF;FO;FAM;EE
2.2.4 à 2.2.7	Salas coletivas de observação de adulto - masculina e feminina ¹		8,5 m² por leito	HF;FO;FAM;EE
2.2.1;2.2.3 à 2.2.6	Sala de procedimentos especiais (invasivos)		15,0 m²	FO;FN;FVC;FAM;AC;EE;ED
	Área de escovação	2 torneiras por sala invasivos	1,10 m² por torneira	HF;HQ
2.2.1;2.2.3 à 2.2.6	Sala de emergências (politraumatismo, parada cardíaca, etc)	1	12 m² por leito (2 leitos no min.), com distância de 1 m entre estes e paredes, exceto cabeceira e pé do leito = 1,2 m. Pé-direito mínimo = 2,7 m	HF;FO;FN;FVC;FAM;AC;EE

AMBIENTES DE APOIO (deve-se acrescentar os ambientes de apoio da urgência de baixa e média complexidade):

Atendimento de Urgência e Emergência

- Área para guarda de pertences de pacientes
- Depósito de equipamentos -Sala/área para estocagem de hemocomponentes ²
- Sala de distribuição de hemocomponentes ("in loco" ou não)
- Banheiros para pacientes (salas de observação e isolamento)
- *- Salas administrativas
- Rouparia
- *- Copa -Sanitários para funcionários
- *- Posto policial -Banheiro para funcionários (plantão)
- Quarto de plantão

Obs.: Caso tenha-se atendimento pediátrico na unidade, este deverá ser diferenciado do de adultos, com s. de observação e de espera próprias. Admite-se uma única sala de espera quando o nº total de s. de exames for £ a 4.

Deve-se acrescentar aos ambientes listados nesta tabela, todos os ambientes contidos na tabela anterior de urgências de baixa e média complexidade, inclusive os ambientes de apoio. As unidades de alta complexidade e/ou emergência são compostas pelos ambientes desta tabela, mais os ambientes obrigatórios das urgências de baixa e média complexidade.

¹ Admite-se uma única sala para homens e mulheres, desde que entre os leitos haja algum dispositivo de vedação que permita a privacidade dos pacientes e o nº total de leitos não for maior do que 12.

² "In loco" ou não. Obrigatório somente quando não existir outra unidade de hemoterapia com estocagem de hemocomponentes no EAS.

UNIDADE FUNCIONAL: 3 - INTERNAÇÃO				
Nº ATIV.	UNIDADE / AMBIENTE	DIMENSIONAMENTO		INSTALAÇÕES
		QUANTIFICAÇÃO (min.)	DIMENSÃO(min.)	
3.1	Internação geral (lactente, criança, adolescente e adulto) ¹			
3.1.2;3.1.3	Posto de enfermagem / prescrição médica	1 posto a cada 30 leitos	6,0 m²	HF;EE
3.1.3	Sala de serviço	1 sala p/ cada posto de enfermagem	5,7 m²	HF;EE
3.1.2;3.1.3	Sala de exames e curativos	1 a cada 30 leitos (quando existir enfermaria que não tenha sub-divisão física dos leitos)	7,5 m²	HF;FAM;EE
3.1.2	Área para prescrição médica		2,0 m²	
3.1.3	Área de cuidados e higienização de lactente	1 a cada 12 berços ou fração	4,0 m²	HF;HQ
3.1.1 à	Enfermaria de	15 % dos leitos do	4,5m² por leito =	HF;HQ;FO;FAM;
4.5.9		possa servir para isolamento a cada	5,0m² por leito = criança	caso do uso para
3.1.1 à 3.1.5;3.1.7	Enfermaria de criança	30 leitos ou fração	Nº máximo de crianças até 2 anos por enfermaria = 12	?PPP?);EE;AC ¹
3.1.1 à 3.1.5;4.5.9; 4.7.2;4.7.3	Quarto de adolescente		10,0m² = quarto de 1 leito, ou 14,0m² com dimensão mínima de 3,0m no caso do uso para -PPP-	
			7,0m² por leito = quarto de 2 leitos	
3.1.1 à 3.1.5	Enfermaria de adolescente		6,0m²por leito = enfermaria de 3 a 6 leitos	
3.1.1`a 3.1.5;4.5.9; 4.7.2.;4.7.3;3.2.1	Quarto de adulto	A cada 30 leitos ou fração deve existir no mínimo 1 quarto para situações que requeiram isolamento	Nº máximo de leitos por enfermaria = 6	
			Distância entre leitos paralelos = 1m	
			Distância entre leito e paredes:	
3.1.1`a 3.1.5;3.2.1	Enfermaria de adulto		cabeceira = inexistente; pé do leito = 1,2 m; lateral = 0,5m	
			Para alojamento conjunto, o berço deve ficar ao lado do leito da mãe e afastado 0,6 m de outro berço.	
3.1.6	Área de recreação / lazer / refeitório	1 para cada unidade de pediatria, psiquiatria e crônicos	1,2 m² por paciente em condições de exercer atividades recreativas / lazer	HF
8.6.3; 8.6.4	Área ou antecâmara de acesso ao quarto de isolamento		1,8 m²	HF
3.1.7	Sala de aula		0,8m ²por aluno	

AMBIENTES DE APOIO:

- Sala de utilidades -Banheiro para acompanhantes na pediatria (quando existir enfermaria)
- *-Área para guarda de macas e cadeira de rodas
- Sanitários para público e funcionário (mas. e fem.)
- *-Sala administrativa
- Rouparia
- *-Sanitários para funcionários
- Sala de estar para acompanhantes na pediatria
- *-Sala de estar para pacientes, acompanhantes e visitantes
- Depósito de material de limpeza
- *-Depósito de equipamentos e materiais
- Banheiro para pacientes (cada quarto ou enfermaria, exceto lactente, deve ter acesso
- *-Sala para coleta de leite humano (somente para enfermarias) direto a um banheiro, podendo este servir a no máximo 2 enfermarias)
- *-Copa de distribuição

Obs.: - O posto pode se apresentar dividido em sub-unidades. Neste caso deve haver ao menos uma sala de serviço a cada 30 leitos. Estas sub-unidades podem ter variações quanto à dimensão mínima.

- Na pediatria e na geriatria devem ser previstos espaços para poltrona de acompanhante ao lado do leito. O mesmo deve acontecer no caso de alojamento conjunto, reservando-se um espaço para o berço ao lado da cama da mãe. Nesse último caso as metragens quadradas permanecem as mesmas citadas na tabela. Vide estatuto da Criança e do Adolescente ([Lei nº 8069/90](#)).

- Na internação de idosos em hospitais públicos deve ser previsto espaço para poltrona de acompanhante ao lado do leito. Nesse caso as metragens quadradas permanecem as mesmas citadas na tabela. Vide [Portaria MS/GAB nº 280 DE 07/04/99](#) publicada no DO de 08/04/99.

- No caso da adoção da técnica de alojamento conjunto, o quarto ou a enfermaria deve possuir uma bancada servida por água quente para higienização do RN, quando esse serviço não for realizado na neonatologia.

- PPP = pré-parto/parto/pós-parto - técnica para partos através de processos fisiológicos. O quarto deve possuir área para reanimação de RN. No caso do uso de sala separada para reanimação de RN, vide tabela de CPN.

- A área de cuidados e higienização de lactente deve possuir uma pia de despejo.

- A sala de estar para acompanhantes na pediatria é optativa quando a unidade de internação pediátrica for composta por somente quartos individuais.

- Para internação de transplantados de medula óssea é exigida uma sub-unidade exclusiva, com capacidade de no mínimo 3 quartos individuais com filtragem absoluta do ar interior no caso de transplantados alogênicos e um sub-posto de enfermagem. Os ambientes de apoio poderão ser compartilhados com os da unidade de internação, desde que no mesmo pavimento. Vide [Portaria MS/GAB nº 1316 de 30/11/00](#) - Regulamento Técnico para transplante de medula óssea e outros precursores hematopoéticos.

UNIDADE FUNCIONAL: 3- INTERNAÇÃO (cont.)				
Nº ATIV	UNIDADE / AMBIENTE	DIMENSIONAMENTO		INSTALAÇÕES
		QUANTIFICAÇÃO (min.)	DIMENSÃO (min.)	
3.2	Internação de recém-nascido (neonatologia)	A unidade completa é obrigatória a partir da existência de 12 berços de RN de c. intermediários/sadios ou 5 berços de RN de cuidados intensivos ¹		
3.2.4;3.2.5	Posto de enfermagem / prescrição médica	1 a cada 15 berços de cuidados intermediários ou sadios e 1 para cada berçário de cuidados intensivos	4,5 m²	HF;EE
3.2.4.	Área para prescrição médica		2,0 m²	
3.2.5	Área de serviços de enfermagem	1 Área de serviços por posto de enfermagem	6,0 m²	HF;EE
3.2.5	Área de cuidados e higienização ²	1 a cada 15 berços ou fração	4,0 m²	HF;HQ;FVC; FAM; EE
3.2.1;3.2.6	Berçário de sadios		2,2 m² por berço (R.N. sadio) e 4,5 m² (outros), mantendo uma distância mínima de 0,6 m (sadios) e 1 m (outros) entre berços e entre estes e paredes, exceto entre cabeceira do berço e parede.	HF; EE
3.2.2;3.2.6	Berçário de cuidados intermediários	1. Devem existir 4 berços a cada 80 RN/ano de baixo peso (-2500 g)	Para alojamento conjunto ³ , o berço deve ficar ao lado do leito da mãe e afastado 0,6 m de outro berço.	HF;HQ;FVC; FAM; EE;FO
3.2.3;3.2.6	Berçário de cuidados intensivos - UTI neonatal 4	Mínimo de 5 leitos, sendo 1 berços a cada 80 RN/ano de baixo peso (-2500 g). É obrigatório em todo em EAS que atendam gravidez/parto de alto risco	6,5 m² por berço. Distância entre paredes e berço = 1 m, exceto cabeceira Distância entre berços = 2 m	HF; FO; FAM; AC; EE; FVC; ED; E

Vide Manual de Assistência ao Recém Nascido, Coordenação Materno Infantil do Ministério da Saúde, 1994 e [Portaria 1091/GM de 25/08/99](#) , publicada no DO 26/08/99, sobre Unidade de cuidados intermediários neonatal no âmbito do SUS.

AMBIENTES DE APOIO:

Internação de recém-nascido - neonatologia (unidade de acesso restrito):

-Sala de utilidades

*-Sala administrativa

-Área para registro de pacientes (controle de entrada e saída)

*-Copa de distribuição

-Quarto de plantão ("in loco" ou não)

*-Área para guarda de carros de transferência de R.N.

-Sanitários para funcionários

*-Sala para coleta de leite (obrigatório quando a mãe não estiver internada no mesmo EAS)

-Depósito de equipamentos / materiais

*-Sala de estar para visitante (anexa à unidade)

-Depósito de material de limpeza

*-Sanitários para público (junto à sala de estar)

-Vestiário de acesso à unidade

Obs.: - Os berçários devem possuir painéis de vidro na área de visão, instalados nas paredes.

¹ EAS com menos de 12 leitos de RN podem prescindir da unidade física de neonatologia completa, entretanto devem possuir na unidade de internação geral ao menos o ambiente "berçário de cuidados intermediários", com o mesmo dimensionamento da tabela de acima. Neste ambiente deve ser instalada uma bancada com pia com água quente para cuidados e higienização dos RNs. O posto de enfermagem pode ser compartilhado com o da unidade de internação geral onde o berçário citado está instalado, desde que este seja contíguo ao posto.

- ² A área de cuidados e higienização de lactente deve possuir uma pia de despejo.
- ³ Obrigatório de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8069/90).
- 4 Preferencialmente deve estar localizado na unidade de neonatologia. Poderá eventualmente localizar-se no CTI/UTI.

UNIDADE FUNCIONAL: 3- INTERNAÇÃO (cont.)				
Nº ATIV	UNIDADE / AMBIENTE	DIMENSIONAMENTO		INSTALAÇÕES
		QUANTIFICAÇÃO (min.)	DIMENSÃO (min.)	
3.3	Internação intensiva-UTI / CTI (1)	É obrigatória a existência em hospitais terciários e em hospitais secundários com capacidade 100 leitos, bem como nos especializados que atendam pacientes graves ou de risco e em EAS que atendam gravidez /parto de alto risco. Neste último caso o EAS deve dispor de UTIs adulto e neonatal.		
3.3.2;3.3.3; 3.3.5	Posto de enfermagem / prescrição médica	1 para cada área coletiva ou conjunto de quartos, independente do nº de leitos.	Ao menos um dos postos (quando houver mais de um) deve possuir 6,0m².	HF;EE
3.3.2	Área para prescrição médica		1,5 m²	
3.3.1 à 3.3.3; 3.3.5 à 3.3.7	Quarto (isolamento ou não)	Mínimo de 5 leitos podendo existir quartos ou áreas coletivas, ou ambos a critério do EAS. O nº de leitos de UTI deve corresponder a no mínimo 6% do total de leitos do EAS. Deve ser previsto um quarto de isolamento para cada 10 leitos de UTI, ou fração.	10,0m² com distância de 1 m entre paredes e leito, exceto cabeceira e pé do leito = 1,2 m.	HF;FO;FAM;AC; EE;FVC;ED;E
3.3.1 à 3.3.3; 3.3.5; à 3.3.7	Área coletiva de tratamento (exceto neonatologia)		9,0 m² por leito com distância de 1 m entre paredes e leito, exceto cabeceira, de 2 m entre leitos e pé do leito = 1,2 m (o espaço destinado a circulação da unidade pode estar incluído nesta distância	HF;FO;FAM;AC; EE;FVC;ED
5.3.1; 5.3.2	Sala de higienização e preparo de equipamentos / material	1. Dispensável se esta atividade ocorrer na CME	4,0m² com dimensão mínima igual a 1,5 m	HF
3.3.8	Sala de entrevistas		6,0m²	

AMBIENTES DE APOIO:

CTI/UTI (unidade de acesso restrito):

- Sala de utilidades
- Sala de espera para acompanhantes e visitantes (anexo à unidade ou não)
- Quarto de plantão
- Sala administrativa (secretaria)
- Rouparia
- Depósito de material de limpeza
- Depósito de equipamentos e materiais
- Copa
- Banheiro para quarto de plantão
- *-Área de estar para equipe de saúde
- Sanitários com vestiários para funcionários (mas. e fem.)
- *-Sanitário para público (junto à sala de espera)
- Sanitário para pacientes (geral)

- Pode ser substituído, quando se fizer uso de quartos individuais, por equipamento ou bancada contendo lavatório e bacia sanitária juntos.

- Obs.: - Os boxes das áreas coletiva de tratamento devem possuir dispositivos que permitam a privacidade dos pacientes quando necessário.
- Na UTI pediátrica deve ser prevista poltrona para acompanhante junto aos leitos, sem que isto implique em aumento de área prevista para cada leito.
 - A sala de espera pode ser compartilhada com setores afins do hospital, desde que seja dimensionada de forma a atender à demanda das unidades a que se destina.
 - O posto de enfermagem deve estar instalado de forma a permitir observação visual direta ou eletrônica dos leitos ou berços. No caso de observação visual por meio eletrônico, deverá dispor de uma central de monitores.

UNIDADE FUNCIONAL: 3 - INTERNAÇÃO (cont.)				
Nº ATIV.	UNIDADE / AMBIENTE	DIMENSIONAMENTO		INSTALAÇÕES
		QUANTIFICAÇÃO (min.)	DIMENSÃO(min.)	
	Interação Para Tratamento Intensivo de Queimados- UTQ	A unidade deve existir a partir da necessidade de 5 leitos para queimados		
3.4.1	Área de recepção e preparo de paciente	1	Suficiente para o recebimento de uma maca	
3.4.3;3.4.4;3.4.9	Posto de enfermagem / prescrição médica	1 a cada 10 leitos	6,0 m²	HF;EE
3.4.3	Área para prescrição médica		2,0 m²	
3.4.3;3.4.4;3.4.6	Sala de exames e curativos	1 a cada 30 leitos (quando existir enfermaria que não tenha sub-divisão física dos leitos)	7,5 m²	HF;FAM;EE
3.4.4	Sala de serviços	Cada posto deve ser servido por ao menos 1 sala.	5,7 m²	HF;EE
3.4.2;3.4.4; 3.4.9;3.4.10	Quarto	A cada 10 leitos de enfermaria ou fração,tem de existir um quarto para isolamento. Nº máximo de leitos por enfermaria = 6	12,0m² com distância de 1 m entre paredes e leito, exceto cabeceira	HF;HQ;FO;FAM;FVC;AC;EE;ED
3.4.2;3.4.4; 3.4.9;3.4.10	Enfermaria de adulto, de adolescente e criança		7,0m² por leito = quarto de 2 leitos 6,0m² por leito = enfermaria de 3 à 6 leitos	
			Distância entre leitos paralelos = 1m	
			Distância entre leito e paredes = cabeceira = inexistente; pé do leito = 1,2m; lateral = 0,5m	
			Nos leitos pediatria, deve ser previsto espaço para cadeira de acompanhante ao lado destes	
3.4.5;3.4.6	Sala para tratamento de balneoterapia	1	12,0 m²	HF;HQ;FO;EE;ED;FN
3.4.3;3.4.4	Banco de pele		3,0 m²	HF;EE

AMBIENTES DE APOIO:

UTQ (unidade de acesso restrito):

- Sala de utilidades
- Salão para cinésioterapia e mecanoterapia ("in loco" ou não)
- Sala cirúrgica ("in loco" ou no centro cirúrgico)
- Depósito de material de limpeza
- Copa
- *-Área para guarda de macas e cadeira de rodas
- Depósito de equipamentos
- *-Sala administrativa
- Rouparia
- *-Sala de estar para visitante (anexo à unidade)
- Quarto de plantão para funcionários ("in loco" ou não)
- *-Sanitário para público (sala de estar)
- Banheiros com vestiários para funcionários (paramentação, barreira de acesso à unidade - mas. e fem.)
- Banheiro para pacientes (cada quarto ou enfermaria deve ter acesso direto a um banheiro, podendo este servir a no máximo 2 enfermarias)

UNIDADE FUNCIONAL: 4 - APOIO AO DIAGNÓSTICO E TERAPIA				
Nº ATIV	UNIDADE / AMBIENTE	DIMENSIONAMENTO		INSTALAÇÕES
		QUANTIFICAÇÃO (min.)	DIMENSÃO (min.)	
4.1	Patologia Clínica			
4.1.1; 4.1.2	Box de coleta de material	1 para cada 15 coletas / hora.	1,5 m² por box. Um dos boxes deve ser destinado à maca e com dimensão para tal	
4.1.1; 4.1.2	Sala para coleta de material	Caso haja só um ambiente de coleta, este tem de ser do tipo sala	3,6 m²	HF
4.1.2	Área para classificação e distribuição de amostras		3,0 m²	HF
4.1.4	Sala de preparo de reagentes		3,0 m²	HF;CD;E
4.1.6	Sala para lavagem e secagem de vidrarias	1. Exclusiva para laboratórios de apoio a atividades hemoterápicas	3,0 m²	HF
4.1.3 a 4.1.7; 4.9.8; 4.9.9	Laboratório de hematologia	1. A depender do tipo de atividades exercidas pelo EAS, o laboratório pode subdividir-se em vários outros. Quando existir UTI, UTQ ou - emergência no estabelecimento , tem de haver um laboratório dando suporte a estas unidades por 24 horas. A câmara de imunofluorescência é optativa ADE.	14,0 m² para um laboratório "geral". 6,0 m² para um laboratório. específico (ex.: hematologia)	HF;CD;ED;FG;EE;E;ADE
4.1.3 a 4.1.7	Laboratório de parasitologia			
	- Área de preparo			
	- Área de microscopia			
4.1.3 a 4.1.7	Laboratório de urinálise			
4.1.3 a 4.1.7	Laboratório de imunologia ²			
4.9.8; 4.9.9	- Câmara de imunofluorescência			
4.1.3 a 4.1.7	Laboratório de bacteriologia ou microbiologia			
	Laboratório de micologia			
	Laboratório de virologia			
	- Antecâmara de paramentação			
	- Sala de manuseio de células Laboratório de bioquímica			
	-Área para eletroforese			
4.1.3 a 4.1.7	Laboratório de biologia molecular ²			
4.9.8; 4.9.9	- Sala de preparo de soluções ³		9,0 m²	
	- Sala de extração de ácidos nucleicos ³		8,5 m²	
	- Antecâmara de paramentação exclusiva para acesso à sala de PCR		2,8 m²	HF
	- Sala de PCR (amplificação)		6,0 m²	HF;FG;CD;EE;
	- Área de preparo de géis			ED;ADE
4.1.4	- Sala de revelação de géis	"In loco" no laboratório ou não	4,0 m²	ED;ADE
4.3.4; 4.1.3a 4.1.7.	Laboratório de suporte à UTI e UTQ ¹		8,0 m²	HF;FG;CD;EE;ED; E;ADE
4.3.4; 4.1.3 a 4.1.7	Laboratório de emergência		16,0 m²	

- AMBIENTES DE APOIO:
- Área para registro de pacientes
 - Depósito de material de limpeza
 - Sala de espera para pacientes e acompanhantes
 - CME simplificada (opcional para laboratórios de apoio a atividades hemoterápicas)
 - Sanitários para pacientes e acompanhantes
 - *-Copa
 - Sanitários para funcionários ("in loco" ou não)
 - *-Quarto de plantão (quando houver funcionamento por 24 horas)
 - Salas administrativas

*-Depósito de equipamentos e materiais

Obs.: Os laboratórios podem estar localizados em um único salão, separados por áreas e bancadas específicas. A depender do nível de biossegurança (vide item B.7 do capítulo Condições ambientais de controle de infecção) exigido pelos procedimentos realizados em cada um dos laboratórios, pode ou não ser necessária a existência de sala exclusiva, inclusive com antecâmara.

¹ A atividade de suporte laboratorial é obrigatória nas UTI e UTQ. Entretanto para o exercício dessa atividade podem existir ou não laboratórios específicos nas unidades caso contrário esta atividade pode ser feita pelo

² vide Portaria MS/GAB nº 1312 de 30/11/2000 sobre normas de cadastramento dos laboratórios de histocompatibilidade no âmbito do SUS e norma da ANVISA sobre sangue e hemocomponentes.

³ As Salas de preparo de soluções e de extração de ácidos nucléicos pode se constituir em uma única sala, com duas áreas distintas.

UNIDADE FUNCIONAL: 4 - APOIO AO DIAGNÓSTICO E TERAPIA (cont.)				
Nº ATIV.	UNIDADE / AMBIENTE	DIMENSIONAMENTO		INSTALAÇÕES
		QUANTIFICAÇÃO (min.)	DIMENSÃO(min.)	
4.2	Imagenologia ¹			
4.2.5.a	Radiologia			
4.2.2	Sala de preparo de pacientes		6,0 m²	HF
4.2.5.b	Sala de preparo de contraste		2,5 m²	HF
4.2.2	Sala de indução anestésica e recuperação de exames		Distância entre macas(s) igual à 0,8 m e entre maca(s) e paredes, exceto cabeceira, igual à 0,6 m e pé do leito = 1,2 m (o espaço destinado a circulação da unidade pode estar incluído nesta distância5,7 m²	HF;FO;FN;FAM;FVC;EE;ED
4.2.2	Sala de serviços			HF
4.2.5.a; 4.2.12	Sala de exames (com comando)	1 (geral). A necessidade de salas de exames	ADE, com distâncias mínima entre as bordas ou	Geral: FVC;FAM;EE;ED; AC
		específicos, depende do programa do estabelecimento. O nº de salas depende da capacidade de produção do equipamento e da demanda de exames do estabelecimento	extremidades do equipamento exceto estativa mural e gerador e todas as paredes da sala igual a:	Intervencionista: FO;FN;FVC;FAM; AC; Mamog. e densit.: AC;EE;ED Odonto: EE;ED;HF
	- Geral		- 1,0 m das bordas laterais da mesa de exame do equipamento;	
	- Odontológico		- 0,6 m das demais bordas ou extremidades do equipamento.	
	- Mama		.Odonto. comando fora da sala=4,0 m² (dimensão mín. de 2,0 m)	
	- Densitometria		.Odonto. comando na sala = 6,0 m² (dimensão mín. de 2,0 m)	
			.Mama = 8,0 m² com dimensão mínima de 2,0 m	
			Obs.: O dimensionamento das s. de exames de raios- X convencionais ou telecomandados, devem obedecer também a distância mínima de1,5m de qualquer parede da sala ou barreira de proteção ao ponto emissão de radiação do equipamento, observando-se sempre os deslocamentos máximos permitidos pelo mesmo; A sala de mamografia deverá atender ao estabelecido no item anterior, sendo que entre o equipamento (face posterior a do cabeçote) e a parede paralela à essa face, a distância poderá ser reduzida à 0,4 m; Equipamentos odontológicos intra- oral podem ser instalados no próprio consultório desde que a equipe possa manter-se à no mínimo 2 m de distância do cabeçote e do paciente. Esta distância é desnecessária quando o disparador estiver situado em outra sala.	
4.2.5.a	Sala de exames telecomandados ¹		Não é permitida a instalação de mais de um equipam. por sala.	
4.2.5.a; 4.2.12	Área de comando	1 para cada sala de exames telecomandados. Uma sala pode servir à 2 salas de exames	4,0 m² com dimensão mínima = 1,8 m	EE;ED
4.2.10	Sala de interpretação e laudos	1	6,0 m²	

¹ Vide Portaria nº 453/98 do Ministério da Saúde " Diretrizes de Proteção Radiológica em Radiodiagnóstico Médico e Odontológico, publicada no DO de 02/06/98.

AMBIENTES DE APOIO:

- Imagenologia (comum à todos, exceto salas para oftalmologia e hemodinâmica)
- Área para registro de pacientes
- Sanitário para pacientes (exclusivo para salas de raio "X" telecomandado)
- Sala de espera de pacientes e acompanhantes
- Quarto de plantão ("in loco" ou não, opcional quando se tratar de clínica exclusiva de imagens, extra-hospitalar)
- Sanitários para pacientes
- Depósito de equipamentos e materiais
- Sanitários para funcionários ("in loco" ou não)
- Sala de utilidades
- Vestiários de pacientes
- Sala administrativa
- Laboratório de processamento de chapas ou filmes
- *-Sala de estar para funcionários
- Arquivo de chapas e filmes

*-Área para guarda de macas e cadeira de rodas

-Depósito de material de limpeza

*-Copa

UNIDADE FUNCIONAL: 4 - APOIO AO DIAGNÓSTICO E TERAPIA (cont.)				
Nº ATIV	UNIDADE / AMBIENTE	DIMENSIONAMENTO		INSTALAÇÕES
		QUANTIFICAÇÃO (min.)	DIMENSÃO (min.)	
4.2	Imagenologia ¹			
4.2.5.b	Hemodinâmica			
4.2.1	Consultório indiferenciado	"In loco" ou não	7,5 m²	HF
4.2.2	Área de recepção de pacientes	1	Suficiente para o recebimento de uma maca	
4.2.4	Área de escovação (degermação cirúrgica dos braços)	2 torneiras para cada sala de exames	1,10 m² por torneira com dim. mínima = 1,0 m	HF
4.2.5.b	Área de comando e componentes técnicos	1 para cada sala de exames. Uma sala pode servir à 2 salas de exames	8,0 m²	AC;EE;ED;
4.2.4.b	Sala de exames e terapias	1 sala. O nº de salas depende da capacidade de produção do equip. e da demanda de exames do EAS	ADE, com distâncias mínima entre as bordas ou extremidades do equipamento e todas as paredes da sala igual à: - 1,0 m das bordas laterais da mesa de exame do equip.; - 0,6 m das demais bordas ou extremidades do equipamento. Obs.: O dimensionamento das salas de exames, devem obedecer também a distância mínima de 1,5m de qualquer parede da sala sala ou barreira de proteção ao ponto emissão de radiação do equipamento, observando-se sempre os deslocamentos máximos permitidos pelo mesmo. Pé-direito mínimo = 2,7 m	FO;FAM;AC;EE;FVC;ED;ADE
4.2.6	Posto de enfermagem e serviços	1 a cada 12 leitos de recuperação pós-anestésica	4,5 m²	HF;EE
4.2.3.; 4.2.7	Área de indução e recuperação pós-anestésica	1 área. O nº de leitos deve ser igual ao nº de salas + 1.	8,0 m². Distância entre as macas igual a 0,8 m, entre macas e paredes, exceto cabeceira, igual a 0,6 m e com espaço suficiente para manobra da maca junto ao pé dessa. O nº de macas depende dos tipos e demanda dos exames previstos.	HF;FO;FN;FAM;FVC;EE;ED
4.2.10	Sala de interpretação e laudos (leitura de filmes)	1	4,5 m²	

¹ Vide Portaria nº 453/98 do Ministério da Saúde " Diretrizes de Proteção Radiológica em Radiodiagnóstico Médico e Odontológico, publicada no DO de 02/06/98.

AMBIENTES DE APOIO:

Imagenologia:

Hemodinâmica (unidade de acesso restrito):

-Sala de utilidades

-Sanitário com vestiário para funcionários (barreira). Se houver mais de uma sala de exames e terapias deverão existir dois sanitários (mas. e fem.)

-Sanitário com vestiários para pacientes

-Depósito de material de limpeza

-Sala administrativa

-Laboratório de processamento de filmes ("in loco" ou não ou compartilhado com o da radiologia)

-Rouparia

*-Sala de preparo de equipamentos e materiais

UNIDADE FUNCIONAL: 4 - APOIO AO DIAGNÓSTICO E TERAPIA (cont.)				
Nº ATIV	UNIDADE / AMBIENTE	DIMENSIONAMENTO		INSTALAÇÕES
		QUANTIFICAÇÃO (min.)	DIMENSÃO (min.)	
4.2	Imagenologia ¹			
4.2.5.c	Tomografia ¹			
4.2.5.c; 4.2.12	Sala de exames de tomografia	1. O nº de salas depende da capacidade de produção do equipamento e da demanda de exames do estabelecimento	ADE, com distâncias mínima entre as bordas ou extremidades do equipamento e todas as paredes da sala da igual à: 1,0 m das bordas laterais da mesa de exame do equip.; - 0,6 m das demais bordas ou extremidades do equipamento	FAM;AC;EE;ED; ADE
4.2.5.c; 4.2.12	Área de comando	1 para cada sala de exames. Uma sala pode servir à 2 salas de exames		
4.2.3.; 4.2.7	Sala de indução e recuperação anestésica	A depender dos tipos de exames realizados. Deve existir quando houver atendimento pediátrico	Distância entre leito(s) igual à 0,8 m e entre leito(s) e paredes, exceto cabeceira, igual à 0,6 m e com espaço suficiente para manobra da maca junto ao pé dessa	HF;FO;FVC; FAM;EE;ED
4.2.5.c	Posto de enfermagem e serviços		4,5 m²	HF;EE
4.2.5.c	Sala de componentes técnicos (computadores, etc.)	1. Uma sala pode servir a duas salas de exames	A depender do equipamento utilizado	EE;ED;AC;ADE
4.2.10	Sala de laudos e interpretação		6,0 m	ED
4.2.5.d	Ultra-sonografia			
4.2.5.d	Sala de exames e terapias de ultra-sonografia	1 (geral). A necessidade de salas de exames específicos, depende do programa do estabelecimento. O nº de salas depende da capacidade de produção do equip. e da demanda de exames do EAS	6,0 m²= geral	HF;FAM;AC;EE; ED;ADE Litotripsia: HF; FO;FAM;EE;ED; AC
	- Geral		4,0 m² = oftamológico	
	- Oftamológico		Litotripsia = ADE, com distâncias mínima entre as bordas ou extremidades do equipamento (exceto colimador) e todas a paredes da sala igual a:	
	- Litotripsia extracorpórea e ultra-sonog. Intervencionista ¹		- 1,0 m das bordas laterais da mesa de exame do equipamento;	
			- 0,6 m das demais bordas ou extremidades do equipamento.	
			O dimensionamento da sala de litotripsia devem obedecer também a distância mínima de 1,5m de qualquer parede da sala ou barreira de proteção ao ponto emissão de raio x do equipamento, observando-se sempre os deslocamentos máximos permitidos pelo mesmo. A sala deve conter no máximo 1 equipamento.	
4.2.5.d	Sala ou área de comando (para litotripsia)	1. Uma sala pode servir a duas salas de exames	A depender do equipamento utilizado	AC;EE;ED;ADE
4.2.7	Sala de indução e recuperação anestésica (para litotripsia)	1	Distância entre leito(s) igual à 0,8 m e entre leito(s) e paredes, exceto cabeceira, igual à 0,6 m e pé do leito = 1,2 m.	HF;FO;FVC; FAM;EE;ED
4.2.5.d	Sala de ecocardiografia	1. O nº de salas depende da capacidade de produção do equipamento e da demanda de exames do estabelecimento	5,5 m²	AC;HF;ED;EE
4.2.10	Sala de interpretação e laudos		6,0 m²	

¹ Vide Portaria nº 453/98 do Ministério da Saúde " Diretrizes Básicas de Proteção Radiológica em Radiodiagnóstico Médico e Odontológico, publicada no DO de 02/06/98.

AMBIENTES DE APOIO:

Ultra-sonografia geral:

-Sanitário para pacientes (anexo a sala de ultra-sonografia de abdome. O sanitário pode servir a mais de uma sala)

AMBIENTES DE APOIO:

Tomografia: Vide radiologia

UNIDADE FUNCIONAL: 4 - APOIO AO DIAGNÓSTICO E TERAPIA (cont.)				
Nº ATIV	UNIDADE / AMBIENTE	DIMENSIONAMENTO		INSTALAÇÕES
		QUANTIFICAÇÃO (min.)	DIMENSÃO (min.)	
4.2	Imagenologia - cont.			
4.2.5.e	Ressonância magnética			
4.2.5.e	Área de detecção de metais		A depender do equipamento utilizado	ADE
4.2.3; 4.2.7	Sala de indução e recuperação anestésica	A depender dos tipos de exames realizados. Deve de existir quando houver atendimento pediátrico	Distância entre leito(s) igual à 0,8 m e entre leito(s) e paredes, exceto cabeceira, igual à 0,6 m e com espaço suficiente para manobra da maca junto ao pé dessa.	HF;FO;FVC; FAM;EE;ED
4.2.5.e	Sala de exames de ressonância magnética	1. O nº de salas depende da capacidade de produção do equipamento e da demanda de exames do estabelecimento	ADE, com distâncias mínima entre as bordas ou extremidades do equipamento e todas as paredes da sala igual à: 1,0 m das bordas laterais da mesa de exame do equip.; - 0,6 m das demais bordas ou extremidades do equipamento.	FAM;AC;EE;ED; ADE
4.2.5.e	Área de comando	1 para cada sala de exames. Uma sala pode servir à 2 salas de exames	6,0 m²	AC;EE;ED
4.2.8	Área para atendimentos de emergências	1. Opcional caso exista a sala de recuperação anestésica	6,0 m²	HF;FO;FAM EE;ED
4.2.5.e	Posto de enfermagem e serviços		6,0 m²	HF;EE
4.2.10	Sala de laudos e interpretação		6,0 m²	
4.2.5.e	Sala de componentes técnicos (computadores, compressor hélio, etc)	1. Uma sala pode servir à duas salas de exames	A depender do equipamento utilizado .	AC;EE;ED;ADE
4.2.5.g	Outros			
4.2.5.g	Sala exames oftalmológicos (retinografia, paquimetria, campimetria, etc.)		4,0 m²	ED;ADE

AMBIENTES DE APOIO:
 Ressonância Magnética:Vide radiologia

UNIDADE FUNCIONAL: 4 - APOIO AO DIAGNÓSTICO E TERAPIA (cont.)				
Nº ATIV.	UNIDADE / AMBIENTE	DIMENSIONAMENTO		INSTALAÇÕES
		QUANTIFICAÇÃO (min.)	DIMENSÃO(min.)	
	Imagenologia - cont.			
4.2.5.f	Endoscopia Digestiva e Respiratória ¹			
4.2.1	Consultório indiferenciado ²	1	7,5 m²	HF
4.2.2 a; 4.2.5.f;	Sala de exames e procedimentos ²	1	12,0 m² com área de limpeza e 9,0 m² sem área de limpeza	HF;HQ;FO;FVC;
4.2.7; 4.2.13; 9.7	?Área para limpeza e desinfecção de endoscópios			FAM;ED;EE
4.2.2 a; 4.2.5.f;	Sala de exames para procedimentos associados a radiologia ²		Vide salas de exames de raios "x"	HF;HQ;FO;FVC
4..2.7; 4.2.13				FAM;EE;ED
4.2.7	Sala de recuperação ²	1	Distância entre leito(s) igual à 0,8 m e entre leito(s) e paredes, exceto cabeceira, igual à 0,6 m e com espaço suficiente para manobra da maca junto ao pé dessa	HF;FO;FVC; FAM;EE
4.2.10	Sala de laudos e interpretação ²	1	6,0 m²	

AMBIENTES DE APOIO: Vide radiologia Endoscopia Digestiva e Respiratória:

*-Sala para preparo de equipamentos/material (obrigatória no caso de haver mais de uma sala de exames. Nesse caso dispensa-se a área de limpeza e desinfecção de endoscópios localizada na sala de exames)
¹ Os ambientes dessa unidade podem ser compartilhados com os demais da imagenologia, exceto a sala de exames e a sala de preparo de equipamentos.
² Unidades com uma única sala de exames poderão exercer as atividades 4.2.1,4.2.7 e 4.2.8 na sala de exames e procedimentos. Nesse caso dispensa-se o consultório e as salas de recuperação e de laudos.

UNIDADE FUNCIONAL: 4 - APOIO AO DIAGNÓSTICO E TERAPIA (cont.)				
Nº ATIV.	UNIDADE/AMBIENTE	DIMENSIONAMENTO		INSTALAÇÕES
		QUANTIFICAÇÃO (min.)	DIMENSÃO(min.)	
4.3	Métodos gráficos ¹			
4.3.2	Cabine de audiometria	1 de cada, quando for o caso. O nº de salas depende da capacidade de produção do equipamento e da demanda de exames do EAS e do tipo de atividades desse	1,4 m² com dim. mínima = 1,2 m	
4.3.2;4.3.3	Sala de otoneurologia		11,0 m² com dim.mínima = 2,2 m	HF;ED;ADE;EE
4.3.2;4.3.3	Sala de potenciais evocados		5,5 m² com dim.mínima = 2,2 m	
4.3.2;4.3.3	Sala de eletroencefalografia - EEG		5,5 m² com dim. mínima = 2,2 m	
4.3.2;4.3.3	Sala de eletromiografia		5,5 m² com dim. mínima = 2,2 m	
4.3.2; 4.3.3	Sala de fluxo vascular contínuo (Doppler)		5,5 m² com dim. mínima = 2,2 m	
4.3.2; 4.3.3	Sala de eletrocardiografia - ECG		5,5 m² com dim. mínima = 2,2 m	
4.3.2; 4.3.3	Sala de eletrocardiografia contínua - (Holter)		5,5 m² com dim. mínima = 2,2 m	
4.3.2; 4.3.3	Sala de ergometria		5,5 m² com dim. mínima = 2,2 m	
4.3.2; 4.3.3	Sala de fonomecanocardiografia		5,5 m² com dim. mínima = 2,2 m	
4.3.2; 4.3.3	Sala de função pulmonar		4,0 m²	EE
4.3.2	Sala para estudos do sono		4,0 m²	ED;EE
4.3.2; 4.3.3	Área de comando para: audiometria, potenciais evocados e estudo do sono	1 para cada sala de exames. Uma área pode servir à 2 salas de exames	4,0 m²	
4.3.3	Sala de interpretação e laudos	1. Quando não for feita nas salas de exames	6,0 m²	

AMBIENTES DE APOIO:

Métodos gráficos:

- Área para recepção e registro de pacientes
- Sala de espera de pacientes e acompanhantes
- Sanitários para pacientes e acompanhantes
- Sanitário para paciente (sala de estudo do sono)
- Vestiários para pacientes (ergometria)
- *-Sanitários para funcionários ("in loco" ou não)

¹ A unidade funcional Métodos Gráficos não se configura uma unidade física

UNIDADE FUNCIONAL: 4 - APOIO AO DIAGNÓSTICO E TERAPIA (cont.)				
Nº ATIV.	UNIDADE / AMBIENTE	DIMENSIONAMENTO		INSTALAÇÕES
		QUANTIFICAÇÃO (min.)	DIMENSÃO(min.)	
4.4	Anatomia Patológica e Citopatologia			
4.4.1;4.4.2;4.4.7;	Sala de recepção e classificação	1	6,0 m2	
4.4.8	Área para recepção e registro de material			
	Área para emissão e codificação de laudos			
4.4.4	Sala de macroscopia	1	6,0 m2	HF; E
	Área de descrição e clivagem			
	Área de armazenament o de peças			
4.4.4	Sala de técnica	1	12,0 m2	HF
	Área histológica (inclusão em parafina, microtomia, coloração e montagem)			
	Área citológica (processament o e confecção de lâminas para líquidos, coloração e montagem)			
4.4.4	Sala de imuno- histoquímica		6,5 m2	HF
	Área de processamento			
4.4.5	Sala de microscopia	1	6,0 m2	
4.4.4; 4.4.5	Sala de biópsia de congelação 1		3,6 m2	HF; ED
4.4.6	Sala de necrópsia	1	17,0 m2. Dim.mín.=2,8m, acrescentar 8,5 m2 por mesa adicional 3,0 m2 se houver câmara frigorífica	HF; E; EE;ADE
	Área de exames			
	Área de guarda temporária de cadáveres (câmara frigorífica)			
4.4.9	Arquivo de peças, lâminas, blocos e fotografias	1	12,0 m2	

Vide Manual de Organização de Laboratório de Citopatologia e Histopatologia do MS, 1987, ou o que vier a substituí-lo.

AMBIENTES DE APOIO:

Anatomia Patológica e Citopatologia:

-Banheiros para funcionários

-Depósito de material de limpeza

*-Sala de utilidades

*- Depósito de material (reagentes, parafina, etc...)

1 - Esta sala (quando existir), estará localizada no Centro Cirúrgico.

UNIDADE FUNCIONAL: 4 - APOIO AO DIAGNÓSTICO E TERAPIA (cont.)				
Nº ATIV.	UNIDADE/AMBIENTE	DIMENSIONAMENTO		INSTALAÇÕES
		QUANTIFICAÇÃO (min.)	DIMENSÃO(min.)	
4.5.	Medicina nuclear	Vide <i>Resolução-RDC nº 38, de 04 de junho de 2008</i>		
4.5.1; 4.5.2	Laboratório de manipulação e estoque de fontes em uso ¹	1	8,0 m²	HF;E
4.5.1; 4.5.2	Sala decaimento de (depósito de rejeitos radioativos) ²	1	4,0 m²	
4.5.3	Box para coleta de material	1 para cada 15 coletas / hora	1,5 m² por box, sendo 1 para maca com dimensão para tal	HF
4.5.4	Laboratório de radioimunoensaio ("in loco" ou não)	1	6,0 m²	HF;ED;E
4.5.5	Sala de administração de radiofármacos	1	5,5 m²com dim. mínima = 2,2 m	HF
4.5.6	Sala ou box de pacientes "injetados"	1	Box individual para leito: 3,0 m². Obrigatória a existência de no mínimo 1 box Sala: 0,9 m² por cadeira	
4.5.7	Salas de exames de medicina nuclear	1. O nº de salas depende da capacidade de produção dos equipamento e da demanda de exames do estabelecimento	ADE, com distâncias mínima entre as bordas ou extremidades do equipamento e todas as paredes da sala igual à:	FAM;AC;EE ADE
	- Gama-câmara		- 100 cm das bordas laterais da mesa de exame do equip.;	
	- Cintilógrafo		- 60 cm das demais bordas ou extremidades do equipamento.	
4.5.10	Sala de laudos e arquivos		6,0 m²	

Vide norma CNEN - NE 3.05 - Requisitos de Radioproteção e Segurança Para Serviços de Medicina Nuclear e NE 6.05 - Gerência de Rejeitos Radioativos em Instalações Radioativas.

AMBIENTES DE APOIO:

Medicina nuclear:

Vide *Resolução-RDC nº 38, de 04 de junho de 2008*

-Área de recepção e espera de pacientes

-Sanitário com vestiário para pacientes (exclusivo)

-Laboratório de revelação de filmes ("in loco" ou não)

-Depósito de material de limpeza -Sala de utilidades

-Rouparia

- *-Sala administrativa
- *-Quarto para internação com banheiro exclusivo (quando aplicado dose de Iodo - 131 acima de 1,11 GBq (30 mCi) -"in loco" ou não
- *-Sanitários para funcionários
- *-Área para guarda de macas e cadeira de rodas
- *-Copa

¹ Deve possuir lava-olhos e chuveiro de emergência no acesso à sala.

² Pode constituir-se em um recipiente blindado acondicionado no laboratório de manipulação, exceto quando a unidade possuir mais de três equipamentos de diagnóstico e/ou ao menos 1 quarto terapêutico.

UNIDADE FUNCIONAL: 4 - APOIO AO DIAGNÓSTICO E TERAPIA (cont.)				
Nº ATIV.	UNIDADE / AMBIENTE	DIMENSIONAMENTO		INSTALAÇÕES
		QUANTIFICAÇÃO (min.)	DIMENSÃO(min.)	
4.6	Centro Cirúrgico ¹			
4.6.1	Área de recepção de paciente	1	Suficiente para o recebimento de uma maca	
4.6.2	Sala de guarda e preparo de anestésicos		4,0 m²	HF;FAM
4.6.2	Área de indução anestésica		2 macas no mínimo, com distância entre estas igual a 0,8 m, entre macas e paredes, exceto cabeceira, igual à 0,6 m e com espaço suficiente para manobra da maca junto ao pé dessa.	HF;FN;FVC;FO; FAM;AC;EE;ED
4.6.3	Área de escovação (degermação cirúrgica dos braços)	Até 2 salas cirúrgicas = 2 torneiras por cada sala. Mais de 2 salas cirúrgicas = 2 torneiras a cada novo par de salas ou fração	1,10 m² por torneira com dim. mínima = 1,0 m	HF;HQ
4.6.4; 4.6.5;4.6.8	Sala pequena de cirurgia (oftalmologia , endoscopia , otorrinolaringologia, etc)	2 salas. Para cada 50 leitos não especializados ou 15 leitos cirúrgicos deve haver uma sala. Estabelecimentos especializados (cardiologia, cirurgia, etc) tem de fazer um cálculo específico	S. pequena: 20,0 m² com dimensão mínima = 3,45 m.	FO;FN;FAM; FVC;AC;EE;ED; E; ADE
	Sala média de cirurgia (geral)		S. média: 25,0 m² com dimensão mínima = 4,65 m	
	Sala grande de cirurgia (ortopedia, neurologia, cardiologia, etc)		S. grande 36,0 m²com dim. mínima = 5,0 m.	
			Cada sala só pode conter uma única mesa cirúrgica.	
			Pé-direito mínimo = 2,7 m	
4.6.4; 4.6.9	Sala de apoio às cirurgias especializadas		12,0 m²	HF;AC;EE; ED
4.6.6	Área para prescrição médica		2,0 m²	EE
4.6.6	Posto de enfermagem e serviços	1 a cada 12 leitos de recuperação pós- anestésica	6,0 m²	HF;AC;EE
4.6.7	Área de recuperação pós-anestésica	1	2 macas no mínimo, com distância entre estas igual a 0,8 m, entre macas e paredes, exceto cabeceira, igual à 0,6 m e com espaço suficiente para manobra da Este texto não substitui o(s) publicado(s) em Diário Oficial da União. maca junto ao pé dessa. O nº de macas deve ser igual ao nº de salas cirúrgicas + 1. No caso de cirurgias de alta complexidade a recuperação pode se dar diretamente na UTI. Nesse caso, o cálculo do nº de macas deve considerar somente as salas para cirurgias menos complexas.	HF;FO;FAM;AC ; FVC;EE;ED

- AMBIENTES DE APOIO :
- Centro Cirúrgico (unidade de acesso restrito):
- Sala de utilidades
 - *-Copa -Banheiros com vestiários para funcionários (barreira)
 - *-Sala de espera para acompanhantes (anexa à unidade)
 - Sala administrativa
 - *-Sanitários para acompanhantes (sala de espera)
 - Laboratório para revelação de chapas ("in loco" ou não)
 - *-Sala de estar para funcionários
 - DML
 - *-Área para guarda de macas e cadeira de rodas
 - Depósito de equipamentos e materiais
 - *-Área de biópsia de congelamento
 - Sala de distribuição de hemocomponentes ("in loco" ou não)
 - *-Sala de biópsia de congelação
 - *-Sala de preparo de equipamentos / material

¹ Centros cirúrgicos exclusivamente ambulatoriais (CCA) podem ter o programa simplificado em relação ao centro cirúrgico não ambulatorial:

Programa mínimo de centros cirúrgicos ambulatoriais: Área de recepção e preparo de paciente, Área de escovação, Sala pequena ou média de cirurgia (pode ser uma única), Área de recuperação pós-anestésica com posto de enfermagem (uma ou mais macas), Sala de espera para pacientes e acompanhantes (anexa à unidade), Sala de utilidades, Vestiários/sanitários masculino e feminino para funcionários/pacientes (barreira a entrada da unidade. Quando o CCA for composto de uma única sala de cirurgia, o vestiário/sanitário pode ser único), Depósito de material de limpeza, Sala administrativa/área de registro ("in loco" ou não).

UNIDADE FUNCIONAL: 4 - APOIO AO DIAGNÓSTICO E TERAPIA (cont.)				
Nº ATIV.	UNIDADE / AMBIENTE	DIMENSIONAMENTO		INSTALAÇÕES
		QUANTIFICAÇÃO (min.)	DIMENSÃO(min.)	
4.7	Centro Obstétrico (Partos cirúrgicos e normais)	A depender da demanda, e por questões operacionais, c. cirúrgico e Obstétrico podem constituir-se em uma única unidade física		
4.7.1.	Área de recepção de parturiente	1	Suficiente para o recebimento de uma maca	
4.7.2	Sala de exame, admissão e higienização de parturientes	1	8,0 m²	HF;HQ
4.7.3	Sala de pré-parto	1, tendo 1 leito de pré- parto a cada10 leitos obstétricos ou fração. O pré-parto pode ser realizado no quarto de internação quando esse for individual.	9,0 m²= individual 14,0 m² = 2 leitos Nº máximo de leitos por sala = 2	HF;FO;FAM;EE; ED
4.7.3	Posto de enfermagem	1 a cada 30 leitos de pré- parto	2,5 m²	HF;EE
4.7.4	Sala de guarda e preparo de anestésicos		4,0 m²	HF;FAM
4.7.4	Área de indução anestésica		2 macas no mínimo, com distância entre estas igual a 0,8 m e entre macas e paredes, exceto cabeceira, igual à 0,6 m e com espaço suficiente para manobra da maca junto ao pé dessa.	HF;FO;FN;FVC FAM;AC;EE;ED;
4.7.5	Área de escovação (degermação cirúrgica dos braços)	Até 2 salas cirúrgicas = 2 torneiras por cada sala. Mais de 2 salas cirúrgicas = 2 torneiras a cada novo par de salas ou fração	1,10 m² por torneira com dim. mínima = 1,0 m	HF;HQ
4.7.6; 4.7.8	Sala de parto normal	1 a cada 20 leitos obstétricos ou fração. A sala de parto normal torna-se optativa quando for adotada a técnica "PPP"	Parto cirúrgico = 20,0 m² com dimensão mínima = 3,45 m. Parto normal = 14,0 m² com dimensão mínima = 3,0 m.	FVC;FO;FN; FAM;AC;EE;ED
4.7.7; 4.7.8	Sala de parto cirúrgico / curetagem	1 a cada 3 salas de parto normal ou fração	Cada sala de parto normal ou cirúrgico deve conter uma única mesa de parto.	FVC;FO;FN;AC; FAM;EE;ED;E
4.7.10	Sala para AMIU		6,0 m²	HF;EE
4.7.11	Área para assistência de R.N.	1. Pode ser sala ou área fora da sala de parto. Caso a atividade se realize	6,0 m² para até 2 salas de parto. Acrescer 0,8 m² para cada sala adicional	HQ ; FAM ; FO ; FVC;EE;ED
4.7.11	Sala para assistência de R.N.	Com um berço aquecido na sala de parto, dispensa-se este ambiente.	2,0 m²	
4.7.12.	Área de prescrição médica			
4.7.12	Posto de enfermagem e serviços	1 a cada 12 leitos de recuperação pós- anestésica	6,0 m²	HF;EE
4.7.13	Área de recuperação pós-anestésica	1	2 macas no mínimo, com distância entre estas igual a 0,8 m, entre macas e paredes, exceto cabeceira, igual à 0,6 m e com espaço suficiente para manobra da maca junto ao pé dessa. O nº de macas deve ser igual ao nº de salas de parto cirúrgico	HF;FO;FAM;AC; FVC;EE;ED

AMBIENTES DE APOIO:

Centro obstétrico (unidade de acesso restrito):

-Sala de utilidades

*-Sala de espera para acompanhantes (anexa à unidade)

-Banheiros com vestiários para funcionários (barreira)

*-Sala de preparo de equipamentos / material

-Sala administrativa

*-Copa

-Depósito de equipamentos e materiais

*-Sala de estar para funcionários

-Rouparia

*-Área para guarda de macas e cadeira de rodas

-Depósito de material de limpeza

*-Sanitários para acompanhantes (sala de espera)

-Banheiro (s. de pré-parto e higien., sendo 1 lavatório, 1 bacia s. e 1 chuveiro a c/ 4 leitos)

*-Área de guarda de pertences

- Sala de distribuição de hemocomponentes ("in loco" ou não)

*-Sala de estar (parturientes do pré-parto)

Obs.: - O acesso as salas de exame admissão e higienização de parturientes, pré-parto e AMIU não se dá através dos vestiários de barreira. A sala para AMIU pode se localizar em ambulatório, desde que esse esteja inserido em um estabelecimento hospitalar.

- Os ambientes de apoio podem ser compartilhados com os do c. cirúrgico quando as unidades forem contíguas, observando-se para esses ambientes, dimensões proporcionais ao nº de salas de parto e cirúrgicas.

UNIDADE FUNCIONAL: 4 - APOIO AO DIAGNÓSTICO E TERAPIA (cont.)				
Nº ATIV.	UNIDADE / AMBIENTE	DIMENSIONAMENTO		INSTALAÇÕES
		QUANTIFICAÇÃO (min.)	DIMENSÃO(min.)	
4.7	Centro de Parto Normal - CPN	Pode ser adotado unicamente para partos normais "sem risco", quando se fizer uso da técnica PPP (pré-parto/parto/pós-parto natural). Não exclui o uso do centro obstétrico para os demais partos no próprio EAS ou no de referência. A distância até esse EAS de referência deve ser vencida em no máximo 1 hora		
4.7.1.	Área de recepção de parturiente	1	Suficiente para o recebimento de uma maca	
4.7.2	Sala de exame e admissão de parturientes	1	8,0 m²	HF;HQ
4.7.3; 4.7.6; 4.7.8;	Salão com:	Salão com no máximo 10 boxes/salas. CPN isolados não poderão adotar a solução de boxes individuais		HF;FO;FVC;
4.7.11; 4.7.12	Box/Sala para pré-parto/parto/pós-parto (PPP)	1	10,5 m² com dimensão mínima igual a 3,2 m. Nº máximo de leitos por sala = 1	FAM;EE
	Área de (degermação cirúrgica dos braços)	1 lavabo a cada 2 boxes/s. de PPP	1,10 m² por torneira com dim. mínima = 1,0 m	HF
	Área de prescrição	Obrigatório somente para CPN isolados	2,0 m²	
	Posto de enfermagem e serviços	1 a cada 10 boxes/salas de PPP. Optativo no caso de CPN isolados	6,0 m²	HF;EE
	Quarto para pré-parto/parto/pós-parto - PPP ¹	Obrigatório somente para CPN isolados. 10 a cada posto de enfermagem quando na u. de internação	12,0 m² ou 14,0 m² (quarto + área com bancada para assistência de RN) com dimensão mínima igual a 3,0 m. Nº máximo de leitos por quarto = 1	HF;HQ;FO;FVC; FAM;EE
4.7.3	Sala de estar para parturientes em trabalho de parto e acompanhantes	1	3,5 m² x nº total de salas de PPP	
4.7.10	Sala/área para assistência de R.N.	1 a cada 10 boxes de PPP 1 a cada 10 salas ou quartos de PPP sem área de assistência de RN	6,0 m² para até 2 salas de parto. Acrescer 0,8 m² para cada sala adicional	HQ;FAM;FO; FVC;EE;ED

Vide [Portaria MS nº 985 de 5/8/99, publicada no DO de 6/8/99](#) sobre Centro de parto normal no âmbito do SUS.

AMBIENTES DE APOIO:

Centro de parto normal:

-Sala de utilidades

-Copa

-Sanitários para funcionários e acompanhantes

-Rouparia -Banheiro para parturientes (1 lavatório, 1 bacia sanitária. e 1 chuveiro a c/ 4 parturientes)²

*-Sala de ultrassonografia

-Depósito de material de limpeza

*-Área para guarda de macas e cadeira de rodas

-Depósitos de equipamentos e materiais -Sala administrativa

Obs.: - Os ambientes de apoio e a sala de admissão e higienização podem ser compartilhados com os ambientes externos à área restrita do centro obstétrico.

- A técnica PPP permite a variação para PP com a realização do pós-parto na unidade de internação do EAS. A higienização da parturiente deverá ser feita no próprio box/sala ou quarto para PPP.

- ¹ Os quartos para "PPP" podem se localizar em unidades de internação de um EAS, desde que possuam uma área para assistência de RN no interior do quarto ou uma sala exclusiva para essa atividade. CPN isolados não poderão ter mais do que cinco quartos.

- ² Junto aos boxes.

UNIDADE FUNCIONAL: 4 - APOIO AO DIAGNÓSTICO E TERAPIA				
Nº ATIV.	UNIDADE / AMBIENTE	DIMENSIONAMENTO		INSTALAÇÕES
		QUANTIFICAÇÃO (min.)	DIMENSÃO(min.)	
4.8	Reabilitação			
4.8.2.a; 3.4.10	Fisioterapia			
4.8.2.a	Box de terapias	O número de boxes e salas depende das atividades desenvolvidas pelo e da demanda de pacientes	2,4 m² com dimensão mínima = 1,2 m (cada). Ao menos um dos boxes deve possuir dimensão mínima = 1,5 m	HF;ADE
4.8.2.a	Sala para turbilhão		A depender dos equipamentos utilizados	HF;HQ;ED
4.8.2.a	Piscina			HF;HQ;ADE
4.8.2.a	Salão para cinesioterapia e mecanoterapia			HF
4.8.2.b	Terapia ocupacional			
4.8.2.b; 4.8.3	Consultório de terapia ocupacional - consulta individual	1	7,5 m²	
4.8.2.b; 4.8.3	Sala de terapia ocupacional- consulta de grupo	1	2,2 m² por paciente com mínimo de 20,0 m²	
4.8.2.c	Fonoaudiologia			
4.8.2.c; 4.8.3	Consultório de fonoaudiologia	1	7,5 m²	
4.8.2.c; 4.8.3	Sala de psicomotricidade e ludoterapia	1	3,0 m² por paciente com mínimo de 20,0 m²	

Vide Portaria MS 818/2001

AMBIENTES DE APOIO:

Reabilitação Fisioterapia:

- Área para registro de pacientes
- Sala de espera de pacientes e acompanhantes
- Sanitários com vestiários para pacientes
- Depósito de material de limpeza
- Consultório de fisioterapia ("in loco" ou não)
- *-Área para guarda de macas e cadeira de rodas
- *-Copa
- *-Sala administrativa
- *-Rouparia (fisioterapia)
- *-Depósito de equipamentos (fisioterapia)

Obs.: A unidade funcional Reabilitação não se configura uma unidade física , a sub-unidade fisioterapia sim.

UNIDADE FUNCIONAL: 4 - APOIO AO DIAGNÓSTICO E TERAPIA (cont.)				
Nº ATIV.	UNIDADE / AMBIENTE	DIMENSIONAMENTO		INSTALAÇÕES
		QUANTIFICAÇÃO (min.)	DIMENSÃO(min.)	
4.9	Hemoterapia e Hematologia			
4.9.1 a 4.9.14	Coleta, Processamento, Análise lab. e Estocagem/Distribuição			
4.9.1	Sala para recepção, registro e espera de doadores ¹	1 (de cada)	3,0 m² por poltrona de doação para EAS com até 8 poltronas e 2,0 m² para EAS com mais de 8 poltronas	
4.9.2	Arquivo de doadores ¹		A depender da tecnologia utilizada	
4.9.3	Sala/área para triagem hematológica ¹	1	4,0 m²	HF;EE
4.9.3;4.9.6;4.9.18	Triagem clínica ¹		7,5 m²	
4.9.4; 4.9.6; 4.9.18	Sala para coleta de sangue de doadores ¹ - Área de aféreses de doador	1 (de cada)	4,0 m² por poltrona de doação. 2 a 4 poltronas por s. de t.clinica	
4.9.6;4.9.18	Sala para recuperação de doadores ¹		6,0 m²	HF;FO
4.9.7	Sala para processamento de sangue ²	1	Área para centrifugaç ão = a depender do equipament o.	HF;EE;ED;E;A C
4.9.11	Área/sala para pré- estoque ² /6	1	2,0 m²(por freezer ou refrigerador)	EE
4.9.10	Sala para liberação e rotulagem ²	1	6,0 m²	
4.9.7	Sala para procedimentos especiais (abertura do sistema, alicotagem, lavagem de hemácias, etc) ²	1	ADE	ADE
4.9.13; 4.9.14	Sala de distribuição/compatibilid ade ^{2/3} - Área para teste de compatibilidade (prova cruzada) - Área para controle e distribuição de hemocomponentes	1	12,0 m²	HF;ED;EE
4.9.11	Área/sala para estocagem de hemocomponentes ³		2,0 m² p/ freezer ou refrigerador . A depender do equipament o no caso do uso de câmaras frias	EE;ADE
4.9.12	Laboratório de controle de qualidade do produto final	1 ("in loco" ou não)	10,0 m²	HF;ED;ADE
4.9.15 a 4.9.18	Atendimento a Pacientes Hematológicos			
4.9.15	Sala de coleta de material ⁴	1	3,5 m²	HF
1.7;4.9.6	Consultório indiferenciado ⁴	1	7,5 m²	HF
4.9.16;	Sala de transfusão ⁴	1	10,0 m² (ind.) 8,5 m² (coletiva e aféreses) por leito, com distância entre estes e paredes, exceto cabeceira, de 1,0m e com espaço suficiente para manobra da maca junto ao pé dessa.	HF;FO;FAM;
4.9.17;4.9.18	- Box de transfusão individual (isolamento) - Área de transfusão coletiva - Área de aféreses terapêutica			EE;ED
4.9.18	Posto de enfermagem e serviços ⁴	1 a cada 12 leitos de transf. ou fração	6,0 m²	HF;EE

Vide [Resolução RDC 151 de 21/08/01](#), publicada no DO de 22/08/01 -Níveis de complexidade de serviços de hemoterapia e legislação da ANVISA/Ministério da Saúde sobre sangue e hemoderivados.

AMBIENTES DE APOIO:

Hemoterapia e Hematologia:

- Sanitários para doadores ¹
- Lanchonete para doadores ¹
- Laboratórios de: hematologia/coagulação, sorologia/imunofluorescência e imunohematologia ⁵
- Depósito de material de limpeza (um para área de doadores e outro para a área de pacientes quando houver)
- Sala de utilidades ⁴
- Área para registro de pacientes ⁴
- Sala de espera para pacientes e acompanhantes ⁴
- Sanitários de pacientes e público ⁴ -Sala para lavagem e secagem de vidrarias ⁵
- *-Consultório de serviço social
- *-Sala administrativa
- *-Área para guarda de macas e cadeira de rodas
- *-Sanitários para funcionários ("in loco" ou não)
- *-Depósitos de equipamentos e materiais

¹ Quando existir a atividade 4.9.4. no estabelecimento. A recuperação de doadores pode ser feita em sala exclusiva, área anexa a sala de coleta ou em sala de triagem clínica anexa a sala de coleta.

² Quando existir a atividade 4.9.7. no estabelecimento.

³ Quando existir somente as atividades 4.9.11; 4.9.13; e 4.9.14 no estabelecimento, estas podem ser realizadas em uma única sala dividida em no mínimo duas áreas, ou seja, uma área para recepção/distribuição e estoque e outra para o teste de compatibilidade. Neste caso dispensa-se o restante dos ambientes.

⁴ Quando existirem as atividades 4.9.15 a 4.9.18 no estabelecimento.

- 5 Quando existir a atividade 4.9.8 no estabelecimento. Vide tabela Patologia clínica.
- 6 A sala de pré-estoque pode ser substituída por uma área dentro da sala de processamento ou da sala para liberação e rotulagem.

UNIDADE FUNCIONAL: 4 - APOIO AO DIAGNÓSTICO E TERAPIA (cont.)				
Nº ATIV.	UNIDADE / AMBIENTE	DIMENSIONAMENTO		INSTALAÇÕES
		QUANTIFICAÇÃO (min.)	DIMENSÃO(min.)	
4.10	Radioterapia ¹			
4.10.1	Consultório indiferenciado	1."In loco" ou não	7,5 m²	HF
4.10.2	Sala de preparo e observação de pacientes	1	6,0 m²	
4.10.3	Posto de enfermagem	1, quando existir atividades de braquiterapia	6,0 m²	
4.10.3	Sala de serviços		6,0 m²	
4.10.4	Sala para confecção de moldes e máscaras	1	10,0 m	HF;FG
4.10.4	Sala de simulação	1. Opcional quando a simulação for Feita em equipamentos de tomografia ou de ressonância magnética.	A depender do equipamento utilizado	AC;ED;ADE
4.10.4	Sala de planejamento e física médica	1	12,0 m²	
4.10.5	Sala de preparo e armazenagem de fontes	1	3,0 m²	HF
4.10.7	Área de comando	Cada s. de terapia ou simulação deve possuir sala de comando, sendo que 1 sala pode ser compartilhada por até 2 s. de terapia ou simulação	6,0 m²	EE;ED;ADE
4.10.7; 4.10.8	Salas de terapia - Bomba de cobalto - - Braquiterapia de baixa taxa de dose - Braquiterapia de média taxa de dose - Braquiterapia de alta taxa de dose - Acelerador linear - Ortovoltagem (raios X - terapias superficial e profunda)	1. O nº de salas e o tipo destas, depende da capacidade de produção dos equipamentos, da demanda de terapias do estabelecimento e do tipo de atividades a serem desenvolvidas.	A depender do equipamento utilizado	FO; FAM; AC; EE; FVC; ED; ADE

¹ Vide norma CNEN - NE 3.06 de 03/90 - Requisitos de Radioproteção e Segurança para Serviços de Radioterapia e Vide [Portaria MS nº 3.535 de 02/09/98](#) e Portaria MS 255 de 31/03/99 sobre centros de atendimento de oncologia, publicadas nos DO de 14/10/98 e 01/04/99 e [Portaria MS/SAS nº 113 de 31/03/99](#) sobre cadastramento de serviços que realizam procedimentos de alta complexidade em câncer, publicada no DO de 08/04/99.

AMBIENTES DE APOIO:

- Área para registro de pacientes
- Laboratório de revelação ("in loco" ou não)
- Sala de espera para pacientes e acompanhantes
- Sala administrativa
- Depósito de material de limpeza
- Depósito de equipamentos/materias -Sanitários para funcionários
- *-Sanitários para pacientes ("in loco" ou não)
- Vestiários para pacientes
- *- Área para guarda de macas e cadeira de rodas
- Sala de utilidades
- *-Copa
- Quarto de internação (localizado na unidade de internação - vide tabela Internação)

UNIDADE FUNCIONAL: 4 - APOIO AO DIAGNÓSTICO E TERAPIA (cont.)				
Nº ATIV.	UNIDADE/AMBIENTE	DIMENSIONAMENTO		INSTALAÇÕES
		QUANTIFICAÇÃO (min.)	DIMENSÃO (min.)	
4.11	Quimioterapia			
4.11.1	Consultório indiferenciado	1."In loco" ou não	7,5 m²	HF
4.11.4; 4.11.5	Sala de aplicação de quimioterápicos	1. No caso de haver atendimento pediátrico, a sala deve ser exclusiva	7,0 m² por leito e 5,0 m² por poltrona	HF;FO;FAM;EE
	- Adulto curta duração - poltronas e/ou longa duração ¹ - leito			
	- Criança curta duração - poltronas e/ou longa duração ¹ - leito			
4.11.4	Área de material e medicamentos ²	1, quando o preparo das drogas for feito na farmácia	3,0 m²	
4.11.3; 4.11.6	Posto de enfermagem e serviços	1 a cada 12 poltronas/leitos ou fração	6,0 m²	HF

Vide [Portaria MS nº 3.535 de 02/09/98](#) e Portaria MS 255 de 31/03/99 sobre centros de atendimento de oncologia, publicadas nos DO de 14/10/98

e 01/04/99 e Portaria MS/SAS nº 113 de 31/03/99 sobre cadastramento de serviços, publicada no DO de 08/04/99.

AMBIENTES DE APOIO:

- Área para registro e espera de pacientes
- Sala de utilidades
- Sanitário de pacientes (sala de aplicação)
- Depósito de material de limpeza
- *-Sanitários de pacientes (área de espera)
- *-Sala administrativa
- *-Copa

*- Área para guarda de macas e cadeira de rodas

Obs.: ¹ Pode ser realizado nos quartos ou enfermarias da internação.

² Vide unidade funcional farmácia.

UNIDADE FUNCIONAL: 4 - APOIO AO DIAGNÓSTICO E TERAPIA (cont.)				
Nº ATIV.	UNIDADE / AMBIENTE	DIMENSIONAMENTO		INSTALAÇÕES
		QUANTIFICAÇÃO (min.)	DIMENSÃO(min.)	
4.12	Diálise ¹			
4.12.1	Consultório indiferenciado	1 "in loco" ou não		HF
4.12.1	Área de prescrição médica		2,0 m²	
4.12.2	Sala de recuperação de pacientes	1 a cada 20 poltronas ou leitos para diálise	6,0 m²	HF;EE;ED;FO FAM;ADE
4.12.5	Área para lavagem de fístulas	1 lavabo a cada 25 l. ou poltronas	1,10 m² por lavabo	HF
4.12.4	Sala para tratamento hemodialítico	1	5,0 m² por poltrona / leito. 1,00 m entre leitos/poltronas, 0,5 m entre leitos/poltronas e paredes paralelas, 1,5 m livres em frente ao pé da poltrona/leito e 0,6 entre cabeceira da poltrona e a parede atrás da poltrona/leito	HF;EE;ED;FO; FAM;ADE
4.12.4	Sala de tratamento hemodialítico de pacientes HBsAg+	1 a cada 10 poltronas para hemodiálise. Opcional caso a unidade mantenha contrato com outro EAS que faça essa atividade	7,0 m²	
4.12.4	Sala para diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC)	1 (de cada).A depender das atividades do EAS -	6,0 m²	HF
4.12.4	Sala para diálise peritoneal intermitente (DPI)		8,5 m² por leito para sala com até dois leitos e 6,5 m² quando houver mais de 2 leitos. Distância entre leitos = 1,0 m, entre estes e paredes paralelas = 0,5 m e 1,50 m livres em frente ao pé do leito.	HF;ED;EE;ADE
4.12.5	Posto de enfermagem e serviços	1 a cada 25 leitos ou poltronas e mais 1 a cada 8 leitos ou poltronas no caso de haver diálise peritoneal	6,0 m²	HF;EE
4.12.6	Sala de reprocessamento de dialisadores contaminados por hepatite C	1	3,0 m²	HF;E
4.12.6	Sala de reprocessamento de dialisadores contaminados por HBsAg+	1. Opcional caso a unidade não faça atendimentos de pacientes HBsAg+	3,0 m²	HF;E
4.12.6	Sala de reprocessamento de dialisadores de paciente não contaminado	1	8,0 m² a cada grupo de 20 poltronas para hemodiálise	HF;E
4.12.3.	Sala para tratamento e reservatório de água tratada para diálise		A depender do equipamento utilizado	HF

¹ Vide Portaria nº 82 de 03/01/00 do Ministério da Saúde , publicada no DOU de 08/01/00 AMBIENTES DE APOIO:

- Área para registro e espera de pacientes e acompanhantes
- Sala de utilidades
- Sanitários de pacientes (mas. e fem.)
- Sanitários de funcionários (mas. e fem.)
- Depósito de material de limpeza
- Depósito de material (sala p/ armazenagem de concentrados, medicamentos e material médico-hospitalar)
- Área para guarda de pertences
- *-Sala administrativa
- *-Copa para pacientes e funcionários
- *-Área para guarda de macas e cadeira de rodas

Unidade funcional 4 - Apoio ao diagnóstico e terapia (Redação dada pela Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 918, de 19/09/2024)				
Nº ativ.	Unidade/ambiente	Dimensionamento		Instalações
		quantificação	dimensão	
4.13	Banco de Leite Humano (BLH)			
4.13.1	Sala para recepção, registro e triagem das doadoras.	1	7.50 m²	
4.13.2	Área para estocagem de leite cru coletado	1 Em BLH com produção de até 60 L/mês; a estocagem pode ser realizada na sala de processamento, na área de estocagem, com geladeira ou freezer exclusivo para o leite cru.	4,00 m²	HF
4.13.2	Área para recepção da coleta externa		4,0m²	HF
4.13.1	Arquivo de doadoras	1	ADE	
	Vestiário de barreira	1	3,0 m²	HF
4.13.4	Sala para ordenha	1	1,5m² por cadeira de coleta	HF
4.13.5; 4.13.9	Sala para processamento - degelo - seleção - classificação - reenvase	1	15,0m²	HF, ED, EE, ADE, AC, E
	-pasteurização - estocagem - distribuição			
4.13.6	- liofilização		ADE	ADE, EE
4.13.8	Laboratório de controle de qualidade microbiológico1*	1*	6.00 m²	HF, ED
4.13.10	Sala de Porcionamento		4,00 m²	HF
4.13.11	Sala para lactentes e acompanhantes		4,4 m²	HF

1* "in loco" ou não

Ambientes de apoio: Os BLH e PCLH devem possuir os seguintes ambientes de apoio:

- * Central de Material Esterilizado - Simplificada
- * Sanitários (masc. e fem.) com 3,2m², com dimensão linear mínima de 1,6m
- * Sanitário para deficientes
- * Depósito de Material de Limpeza com área mínima de 2 m² e dimensão mínima de 1 m, equipado com tanque.
- * Sala Administrativa
- * Copa
- * Consultório
- * Sala de demonstração e educação em Saúde

* estas atividades podem ser realizadas em ambientes não exclusivos do BLH.

UNIDADE FUNCIONAL: 4 - APOIO AO DIAGNÓSTICO E TERAPIA (Cont.)				
Nº ATIV.	UNIDADE / AMBIENTE	DIMENSIONAMENTO		INSTALAÇÕES
		QUANTIFICAÇÃO (mín.)	DIMENSÃO (mín.)	
4.14	Oxigenoterapi a Hiperbárica			
4.14.14.14.2	Consultório indiferenciado	1."In loco" ou não	7,5 m	HF
4.14.5	Sala de curativos	1	6,0 m	HF
4.14.3;4.14.4;4.14.5	Sala de terapia individual - câmara hiperbárica para 1 paciente com área de comando acoplada à câmara	1	Sala de terapia: ADE, com distâncias mínima entre as bordas ou extremidade s do equipamento e todas as paredes da sala igual à: - 230 cm entrada da câmara; - 80 cm das demais bordas ou extremidades do equipamento	HF;FO;FAM;EE;ED ; FVC
4.14.3;4.14.4;4.14.5	Sala de terapia coletiva - câmara hiperbárica para vários pacientes - Área de comando	1	- Sala de terapia: ADE, com distâncias mínima entre as bordas ou extremidade s do equipamento e todas as paredes da sala igual à: - 230 cm entrada da câmara; - 150 cm saída posterior (ante-câmara interna do equipamento) - 80 cm das demais bordas ou extremidade s do equipamento - Área de comando: 3,0 m	HF;FO;FAM;EE;ED ; FVC
4.14.7	Sala de máquinas para câmara coletiva	1	4,0 m	EE

AMBIENTES DE APOIO:

Área para registro e espera de pacientes

-Área para registro e espera de pacientes

-Depósito de material de limpeza

-Vestiários de pacientes -Sanitários de pacientes¹ (área de espera)

*-Sala administrativa

*-Copa

*- Área para guarda de macas e cadeira de rodas

¹ Pode ser compartilhado com outras unidades. Opcional para unidades com câmara individual

UNIDADE FUNCIONAL: 5 - APOIO TÉCNICO				
Nº ATIV.	UNIDADE / AMBIENTE	DIMENSIONAMENTO		INSTALAÇÕES
		QUANTIFICAÇÃO (min.)	DIMENSÃO (min.)	
5.1	Nutrição e Dietética	Tem de existir quando houver internação de pacientes. A unidade pode estar dentro ou fora do EAS		
	Cozinha (tradicional) ¹			
5.1.1	Área para recepção e inspeção de alimentos e utensílios	1	Área total menos refeitório > - até 200 refeições por turno > 0,45 m por refeição - de 201 a 400 refeições por turno > 0,30 m por refeição - de 401 a 800 refeições por turno > 0,18 m por refeição - acima de 800 refeições por turno > 0,16 m por refeição	HF
5.1.2; 5.1.3	Despensa de alimentos e utensílios - área para alimentos em temperatura ambiente - área para utensílios - área e/ou câmara para alimentos resfriados - área e/ou câmara para alimentos congelados	1		EE
5.1.2; 5.1.3	Área para guarda de utensílios	1		
5.1.3	Área de distribuição de alimentos e utensílios			HF;ADE
5.1.4	Área para preparo de alimentos - área para verduras, legumes e cereais - área para carnes - área para massas e sobremesas	1		
5.1.5; 5.1.7	Área para cocção de dietas normais	1		HF;ADE;E
5.1.5;	Área para cocção de	1		
5.1.7	desjejum e lanches			
5.1.6; 5.1.7	Área para cocção de dietas especiais	1		
5.1.9	Área para porcionamento de dietas normais			
5.1.10	Área para porcionamento de dietas especiais			
5.1.13; 5.1.9; 5.1.10; 5.1.17	Área para distribuição de dietas normais e especiais - Copa de distribuição - Balcão de distribuição	Balcão: 1. Copa: 1 a cada 30 leitos (quando o sistema de distribuição for descentralizada)		
5.1.16 4.9.4	Refeitórios - Refeitório para paciente - Refeitório para funcionário - Refeitório para aluno - Refeitório para público - Lanchonete para doador de sangue	Lanchonete: 1 quando existir doação de sangue no estabelecimento Demais: optativo	Refeitório > 1,0 m por comensal Lanchonete > 1,0 m por doador (todos sentados), sendo 1 cadeira para cada poltrona de doação	HF
5.1.18; 5.1.20	Área para recepção, lavagem e guarda de louças, bandejas e talheres	1	A depender da tecnologia utilizada	HF;HQ;ADE;CD
5.1.18	Área para lavagem e guarda de panelas		3,0 m	
5.1.21	Área para recepção lavagem e guarda de carrinhos	1, quando utilizado carro de trans-porte de alimentos	3,0 m	HF;HQ;FAI;CD
5.1.14; 5.1.15; 5.1.19; 5.1.20	Copa	1 em cada unidade requerente. EAS que não possuem internação podem fazer uso somente de copa (s)	2,6 mcom dimensão mínima igual a 1,15 m	HF

AMBIENTES DE APOIO: vide página do lactário:

UNIDADE FUNCIONAL: 5 - APOIO TÉCNICO				
Nº ATIV.	UNIDADE / AMBIENTE	DIMENSIONAMENTO		INSTALAÇÕES
		QUANTIFICAÇÃO (min.)	DIMENSÃO (min.)	
	Lactário	Deve existir em EAS que possuam atendimento pediátrico e/ou obsté-trico	Em EAS com até 15 leitos pediátricos, pode ter área mínima de 15,0 m com distinção entre área "suja e limpa", com acesso independente à área "limpa" feito através de vestiário de barreira	
5.1.22;5.3 ²	Sala composta de: - Área para recepção, lavagem e descontaminação de mamadeiras e outros utensílios ²	1; 1 ²	8,0 m ² ; 4,0m ² ; 1,0m ² ²	HF;HQ;ADE;CD; CD;ADE ²
	- Área para esterilização de mamadeiras	1	4,0 m	ADE
5.1.7; 5.1.11	Sala composta de: - Área para preparo e envase de fórmulas lácteas e não lácteas - Área para estocagem e distribuição de fórmulas lácteas e não lácteas	1	7,0 m	HF;HQ;ADE;AC
5.1.14		1	5,0 m	
	Nutrição Enteral ²	Deve existir em EAS que utiliza nutrição enteral em sistema aberto (preparado para consumo imediato).		
		Quando houver lactário, os ambien-tes poderão ser compartilhadas com este em condições específicas ²		
5.1.15; 7.1.6	Sala de recebimento de prescrições e dispensação de NE ³	1	7,0 m	
5.1.4; 5.1.6	Sala de preparo de alimentos "in natura" ⁴		6,0 m	HF;CD
5.1.23	Sala de limpeza e sanitização de insumos (aspepsia de embalagens)	1	4,5 m	HF
5.1.8; 5.1.12	Sala de manipulação e envase de NE	1	7,0 m	HF 5

² Vide [Resolução da ANVISA/MS - RDC nº 63 de 06/07/2000](#) , publicada no DO de 07/07/2000 sobre Terapia de Nutrição Enteral

AMBIENTES DE APOIO:

Cozinha:

- Sanitários para funcionários
- Depósito de material de limpeza
- Sala administrativa
- Sanitários para o refeitório ("in loco ou não")

Lactário

- Depósito de material de limpeza
- Vestiários (barreira para a sala de preparo, envase e estocagem)

*- Sala administrativa

Nutrição Enteral:

- Vestiários (barreira para a sala de manipulação e envase e sala de limpeza e sanitização de insumos)
- Depósito de material de limpeza
- Área de armazenagem ("in loco" ou não ou compartilhado com outras unidades)

1 O presente documento não abordou cozinhas do tipo "congelados, super gelados" e metabólica (experimental). Vide item 6.2 do capítulo Elaboração de Projetos Físicos

3 Esta sala pode ser compartilhada com outros ambientes de outras unidades como os do lactário.

4 Quando houver processamento de alimentos "in natura" (cozimento ou somente preparo) antes da manipulação da NE, este deverá ser feito em sala separada ou ainda na cozinha ou lactário.

5 Refere-se a um ponto de água para instalação de filtro. A sala não pode possuir pia de lavagem.

UNIDADE FUNCIONAL: 5 - APOIO TÉCNICO				
Nº ATIV.	UNIDADE / AMBIENTE	DIMENSIONAMENTO		INSTALAÇÕES
		QUANTIFICAÇÃO (min.)	DIMENSÃO (min.)	
5.2	Farmácia			
5.2.1	Área para recepção e inspeção	1	10 % da área para armazenagem	
5.2.2	Área para armazenagem e controle (CAF) ¹ - Matéria prima: - Inflamáveis - Não inflamáveis - Material de embalagem e envase - Quarentena - Medicamentos - Termolábeis (23º à 25º no máximo) - Imunobiológicos (4ºC à 8ºC e - 18ºC à - 20ºC) - Controlados - Outros - Materiais e artigos médicos descartáveis - Germicidas - Soluções parenterais - Correlatos	1 (de cada). A depender das atividades do estabelecimento.	-0,6 m por leito - Termolábeis > a depender da temperatura e umidade da região e do tipo de embalagem dos medicamentos. - Imunob.> 2,0 m p/ freezer ou geladeira. A depender do equipamento, no caso do uso de câmaras fria.	E;ADE EE (área de imuno-biológicos)
5.2.3	Área de distribuição	1	10 % da área para armazenagem	
5.2.4	Área para dispensação (farmácia satélite)		4,0 m. Pode ser substituída por carrinhos de medicamentos ou armários específicos.	HF
5.2.	Farmacotécnica	A existência dessa sub-unidade dependerá da execução ou não das atividades correspondentes		
5.2.5	Sala de manipulação, fracio. de doses e reconstituição de medicamento	1	12,0 m	HF;ADE
5.2.4	Área de dispensação	1	6,0 m	HF
5.2.9	Sala para preparo e diluição de germicidas	1	9,0 m	HF;E
5.2.10	Laboratório de controle de qualidade	"In loco" ou não	6,0 m	HF;FG;ED;ADE
5.2.11	Centro de informação sobre medicamento		6,0 m	
5.2.7; 5.2.8	Sala de limpeza e higienização de insumos (asepsia de embalagens) ^{2 3}	1	4,5 m	HF;AC
5.2.8	Sala de preparação de quimioterápicos ³	1	5,0 m por capela de fluxo laminar	AC;ED
5.2.7	Sala de manipulação de nutrição parenteral ⁴	1	5,0 m por capela de fluxo laminar	AC

Vide [Portaria MS nº 3.535 de 02/09/98](#) e Portaria MS 255 de 31/03/99 sobre centros de atendimento de oncologia, publicadas nos DO de 14/10/98 e 01/04/99 e [Portaria MS/SAS nº 113 de 31/03/99](#) sobre cadastramento de serviços, publicada no DO de 08/04/99.

AMBIENTES DE APOIO:

- Sanitários para funcionários
- Depósito de material de limpeza Farmacotécnica:
- Sanitários com vestiários para funcionários
- Sala administrativa
- Vestiário (barreira as sala de limpeza e higienização e salas de manipulação)³
- Depósito de material de limpeza
- Sala de esterilização de materiais

*-Copa

1 Vide Manual de Recomendações para Projetos de Construção de Almoxxarifados Centrais de Medicamentos, CEME - Central de Medicamentos, 1984 e Guia Básico de Farmácia Hospitalar, Min. Da Saúde, 1994.

2 Optativo quando não houver preparação de quimioterápicos ou manipulação de nutrição parenteral. Uma única sala pode servir a sala de quimioterápicos e a sala de nutrição parenteral.

3 Estas salas podem estar localizadas na unidade de quimioterapia ou na farmácia, sempre sob a responsabilidade de um farmacêutico. Deve possuir visor que possibilite a visão da capela de fluxo laminar.

4 Vide [Portaria nº 272, de 08/04/98](#) do Ministério da Saúde, publicado no DOU de 23/04/98.

UNIDADE FUNCIONAL: 5 – APOIO TÉCNICO				
Nº ATIV.	UNIDADE / AMBIENTE	DIMENSIONAMENTO	INSTALAÇÕES	
		QUANTIFICAÇÃO (min.)	DIMENSÃO (min.)	
5.3	Central de Material Esterilizado	Deve existir quando houver centros cirúrgico, obstétrico e/ou ambula-torial, hemodinâmica, emerg de alta complexidade e urgência. A unida-de pode se localizar fora do EAS		
5.3.1;5.3.2	Sala composta de: - Área para recepção, descontaminação e separação de materiais - Área para lavagem de materiais	1	0,08 m² por leito com área mínima de 8,0 m²	HF;HQ;E; ADE HF;E
5.3.2	Sala para lavagem e preparo de luvas (entalcamento)		7,0 m²	
5.3.3; 5.3.4; 5.3.5; 5.3.6 ²	Sala composta de: - Área para recepção de roupa limpa - Área para preparo de materiais e roupa limpa - Área para esterilização física - Área para esterilização química líquida ²	1 2	4,0 m² 0,25m² por leito com área mínima de 12,0 m² A depender do equipamento utilizado. Distância mínima entre as autoclaves = 20 cm ²	HF; E²
5.3.5; 5.3.6;5.3.7	Sub-unidade para esterilização química gasosa ¹ - Área de comando - Sala de esterilização - Sala ou área de depósito de recipientes de ETO - Sala de aeração - Área de tratamento do gás		Comando = 2,0 m S. de esterilização = 5,0 m² Depósito = 0,5 m² S. de aeração = 6,0 m² ²	HF;AC;E
5.3.7;5.3.8	Sala de armazenagem e distribuição de materiais e roupas esterilizados - Área para armazenagem e distribuição de materiais esterilizados descartáveis ²	1	0,2 m² por leito com o mínimo de 10,0 m² 25 % da área de armazenagem de material esterilizado ²	AC
5.3	Central de Material Esterilizado - Simplificada ²	Só pode existir como apoio técnico a procedimentos que não exija ambiente cirúrgico para sua realização. Neste caso pode-se dispensar a toda a CME, inclusive os ambientes de apoio, em favor dessa. ²		
4.1.5; 4.1.6; 5.3.1; 5.3.2; 5.3.9	Sala de lavagem e descontaminação	1 A sala de utilidades pode substituir esta sala ou vice-versa.	4,8 m²	HF; HQ
5.3.4; 5.3.5; 5.3.6; 5.3.7; 5.3.8; 5.3.9	Sala de esterilização /Estocagem de material esterilizado ²	1	4,8 m² ²	HF; E ²

Vide Manual do Ministério da Saúde - Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde.

AMBIENTES DE APOIO:

- Sanitários com vestiário para funcionários (barreira para as áreas de recepção de roupa limpa, preparo de materiais, esterilização e sala/área de armazenagem e distribuição - área "limpa")
- Sanitário para funcionários (área "suja" - recepção, descontaminação, separação e lavagem de materiais). Não se constitui necessariamente em barreira à área suja. Os sanitários com vestiários poderão ser comuns às áreas suja e limpa, desde que necessariamente estes se constituam em uma barreira a área limpa e o acesso à área suja não seja feito através de nenhum ambiente da área limpa.
- Depósito(s) de material de limpeza (pode ser comum para as áreas "suja e limpa", desde que seu acesso seja externo a essas)
- Sala administrativa
- Área para manutenção dos equipamentos de esterilização física (exceto quando de barreira)
- Vestiário de barreira às salas de esterilização e de lavagem e descontaminação (exclusivo para a CME simplificada)

Obs.: A presente Portaria não trata de tecnologias do tipo peróxido de hidrogênio. Vide item 1.6.2 - Elaboração de Projetos Físicos

¹ Pode se localizar na CME ou não. Vide [Portaria Interministerial nº 482 sobre óxido de etileno de 16/04/99](#) , publicada no DOU de 19/04/99.

² Consultórios isolados podem possuir somente equipamentos de esterilização dentro do mesmo, desde que estabelecidas rotinas de assepsia e manuseio de materiais a serem esterilizados.

UNIDADE FUNCIONAL: 6 - ENSINO E PESQUISA				
Nº ATIV.	UNIDADE / AMBIENTE	DIMENSIONAMENTO		INSTALAÇÕES
		QUANTIFICAÇÃO (min.)	DIMENSÃO (min.)	
6.1; 6.2	Sala de Ensino - Sala de aula - Anfiteatro / auditório	A depender das atividades do estabelecimento	Sala de aula*>1,3 m² por aluno Anfiteatro* > 1,2 m² por pessoa	
6.1; 6.2	Sala de estudo (trabalho individual)		2,0 m² por aluno	
6.1; 6.2	Sala de professor		9,0 m²	
6.1; 6.2; 6.3	Biblioteca - Área para referência - Área para acervo - Área para leitura - Sala para processos técnicos		Área para referência > a depender do equipamento utilizado A. acervo > 200 livros por m² A. leitura > 2,0 m² por leitor S. processos > 12,0 m²	

* Carteira tipo universitária. No caso de utilização de mesas (55 x 60 cm) e cadeiras, os índices sofrem acréscimo de 40%.

AMBIENTES DE APOIO:

- Sanitários para funcionários e alunos
- Salas administrativas
- Copa

Obs.: A unidade funcional Ensino e Pesquisa, não se configura, necessariamente, uma unidade física

UNIDADE FUNCIONAL: 7 - APOIO ADMINISTRATIVO				
Nº ATIV.	UNIDADE / AMBIENTE	DIMENSIONAMENTO		INSTALAÇÕES
		QUANTIFICAÇÃO (min.)	DIMENSÃO (min.)	
7.1; 7.2	Serviços Administrativos/ Serviços Clínicos, de Enfermagem e Técnico			
7.1.1 e 7.2.1	Sala de direção	A depender das atividades e organização administrativa do EAS	12,0 m²	ADE
1.3;1.4; 7.1.1 7.1.2; 7.2.1 e 7.2.2	Sala de reuniões		2,0 m² por pessoa	
7.1	Sala administrativa		5,5 m² por pessoa	
7.1.2 a 7.1.6; 7.2.2; 7.2.3; 7.3.5	Área para execução dos serviços administrativos, clínicos, de enfermagem e técnico	1	5,5 m² por pessoa	
7.1.6	Arquivo administrativo	1	A depender da tecnologia utilizada	
7.1.3	Área para controle de funcionário (ponto)		4,0 m²	
7.1.7 e 7.2.3	Área para atendimento ao público - Protocolo - Tesouraria - Posto de informações (administrativas e/ou clínicas)	A depender das atividades e organização administrativa do estabelecimento	Protocolo > 3,0 m² por funcionário Tesouraria > 2,5 m² por funcionário Posto de informações > 3,0 m²	
7.3	Documentação e Informação			
7.3.1	Área para registro de pacientes / marcação	1	5,0 m²	ADE
7.3.2	Área para notificação médica de pacientes de atendimento imediato	1, quando existir Atendimento Imediato	5,0 m²	
7.3.3	Posto policial	1, quando existir Emergência	4,0 m²	
7.3.4	Arquivo médico - Arquivo ativo - Arquivo passivo	1	A depender da tecnologia utilizada	

AMBIENTES DE APOIO:

Serviços administrativos:

- Sanitários para funcionários e público
- Copa
- Depósito de material de limpeza

Documentação e Informação:

- Salas administrativas
- Sanitários para funcionários
- Sala de espera

UNIDADE FUNCIONAL: 8 - APOIO LOGÍSTICO				
Nº ATIV.	UNIDADE / AMBIENTE	DIMENSIONAMENTO		INSTALAÇÕES
		QUANTIFICAÇÃO (min.)	DIMENSÃO (min.)	
8.1	Processamento de Roupa ¹	Deve existir quando houver internação de pacientes. A unidade pode estar dentro ou fora do EAS	- EAS que processem até 100 kg de roupa/dia>26 m² - EAS que processem de 100 a 200 kg de roupa/dia>36 m² - EAS que processem de 201 a 400 kg de roupa/dia>60 m² - EAS que processem de 401 a 1500 kg de roupa/dia>0,17 m² para cada kg de roupa/dia - EAS que processem acima de 1500 kg de roupa/dia>0,15 m² para cada kg de roupa/dia Cálculo do peso: PRP > TP . KPD . 7 dias para EAS com ----- internação NDT	
8.1.2	Sala para recebimento, pesagem, classificação e lavagem (área "suja")	1	25 % da área total (com DML e banheiro)	HF;E; CD
8.1.3	Salão de processamento composto de (área "limpa"): - Área para centrifugação - Área de secagem - Área de costura - Área de passagem (calandra, prensa e ferro) - Área de separação e dobragem - Área para armazenagem/distribuição	1	45 % da área total (com DML)	HF;E;CD;ADE
8.1.4		1		
8.1.5		1		
8.1.6 e 8.1.7		1		
8.1.9; 8.1.7		1		
8.1.8; 8.1.10		1	30 % da área total	
8.1.11	Sala do gerador de ozônio	1 quando forem utilizadas máquinas lavadoras a base de ozônio	ADE	E
8.1.2 à 8.1.10 exceto 8.1.5 e 8.1.9	Sala para lavagem de roupas	Sala específica para EAS destinados exclusivamente à assistência ambulatorial de saúde mental. Neste caso excluem-se todas as demais salas.	8,0 m² com largura mínima igual à 1,5 m	HF
8.1.8	Rouparia	1 em cada unidade funcional que tenha pacientes	2,2 m². Pode ser substituída por armários exclusivos ou carros roupeiros	
8.1.8 e 8.1.10	Sala de armazenagem geral de roupa limpa (rouparia geral)	1 quando não existir lavanderia no EAS	Área para no mínimo dois carros de roupa limpa	
8.1.1	Sala de armazenagem geral de roupa suja	1 quando não existir lavanderia no EAS	Área para no mínimo dois carros de roupa suja	

¹ Verificar "Manual de Lavanderia para Serviços de Saúde" - ANVISA/Ministério da Saúde, Brasília, 2002.

AMBIENTES DE APOIO:

-Banheiro para funcionários (exclusivo para sala de recebimento. Barreira para sala)

-Depósito de material de limpeza (exclusivo para sala de recebimento)

-Depósito de material de limpeza

*-Sanitários para funcionários ("in loco" ou não)

*-Sala administrativa (obrigatória quando o processamento for acima de 400 Kg/dia)

PRP = Peso (Kg) de roupa processada por dia

KPD = Kg / Paciente / Dia

NDT = Número de dias trabalhados por semana

TP = Total de pacientes (considerar o percentual médio de ocupação do EAS)

UNIDADE FUNCIONAL: 8 - APOIO LOGÍSTICO				
Nº ATIV.	UNIDADE / AMBIENTE	DIMENSIONAMENTO		INSTALAÇÕES
		QUANTIFICAÇÃO (min.)	DIMENSÃO (min.)	
8.2	Central de Administração de Materiais e Equipamentos			
8.2.1	Área para recebimento, inspeção e registro	1	10 % da área de armazenagem	
8.2.2	Área para armazenagem - Equipamento - Mobiliário - Peças de reposição - Utensílios - Material de expediente - Roupa nova - Inflamáveis	1 subdividido em grupos afins	A depender da política de compras do estabelecimento (maior ou menor estoque)	
8.2.3	Área de distribuição	1	10 % da área de armazenagem	
8.2.2; 3.3.4; 3.4.7	Depósito de equipamentos / materiais	1 em cada unidade requerente	A depender dos tipos de equipamentos e materiais	
8.2.2	Área para guarda de macas, cadeira de rodas e carro para transporte de recém-nascidos		3,0 m²	
8.3	Revelação de Filmes e Chapas			
8.3; 4.10.5 e 4.5.8; 4.2.5 4.2.7	Laboratório de processamento - Sala de revelação - Área receptora de chapas processadas	1, quando existir a unidade de imagenologia. A NPC >----- B	A depender da quantidade de equipamentos e do tipo destes	Área receptora>E; HF; ADE
4.2.5	Arquivo de chapas e/ou filmes e/ou fotos	1	2,0 m²	

AMBIENTES DE APOIO:

Central de Administração de Materiais e Equipamentos:

-Sanitários para funcionários

-Depósito de material de limpeza

NPC = Número de processadoras de chapas de Raios "X"

A = Estimativa do número médio de exames radiológicos realizados por mês

B = Capacidade de produção mensal doas processadoras

UNIDADE FUNCIONAL: 8 - APOIO LOGÍSTICO				
Nº ATIV.	UNIDADE / AMBIENTE	DIMENSIONAMENTO		INSTALAÇÕES
		QUANTIFICAÇÃO (min.)	DIMENSÃO (min.)	
8.4	Manutenção	A unidade pode estar dentro ou fora do EAS, ou através de terceiros		
8.4.1	Área de recepção e inspeção de equipamentos, mobiliário e utensílios	1	10 % da área das oficinas	
8.4.2, 8.4.3	Oficina de manutenção - Serralharia - Marcenaria e carpintaria - Pintura - Elétrica - Hidráulica - Refrigeração - Gasotécnica - Mecânica - Eletrônica - Eletromecânica - Ótica - Mecânica fina - Usinagem - Estofaria	1 (de cada) a depender das atividades do EAS e da política administrativa deste	A depender do maquinário utilizado e do nº de pessoal que trabalha nas oficinas	ADE
8.4.4	Área de guarda e distribuição de equipamentos, mobiliário e utensílios	1	10 % da área das oficinas	
8.4.5	Área de inservíveis		A depender da política de alienação de bens	
8.5	Necrotério	A unidade deve existir quando houver Internação e / ou Atendimento imediato		
8.5	Sala de preparo e guarda de cadáver	1	14,0 m² (área para 2 cadáveres no mínimo)	HF
8.5	Sala para velório		15 m²	HF
8.5	área externa para embarque de carro funerário	1	21,0 m²	

AMBIENTES DE APOIO:

Manutenção:

-Banheiros com vestiários para funcionários

-Área de armazenagem de peças de reposição

*-Sala administrativa

Necrotério:

*-Sanitários para público (obrigatório quando houver velório)

UNIDADE FUNCIONAL: 8 APOIO LOGÍSTICO				
Nº ATIV.	UNIDADE / AMBIENTE	DIMENSIONAMENTO		INSTALAÇÕES
		QUANTIFICAÇÃO (min.)	DIMENSÃO (min.)	
8.6	Conforto e Higiene			
8.6.1, 8.6.2, 8.6.4	Área de recepção e espera para paciente, doador, acompanhante de paciente	1 em cada unidade requerente	1,2 m² por pessoa	
8.6.1, 8.6.4	Área de estar para paciente interno, acompanhante de paciente e visitante de paciente		1,3 m² por pessoa	
8.6.1	Box de vestiário para paciente	No mínimo 2 por cada unidade requerente	1,0 m². Ao menos um dos boxes deve possuir 2,25 m² com dimensão mínima de 1,5m (deficientes)	
8.6.1, 8.6.2, 8.6.4	Sanitário para paciente, doador e público (1)	1 para cada sexo por unidade requerente	Individual: 1,6 m² com dimensão mínima > 1,2 m Individual p/ deficientes: 3,2m² com dimensão mínima > 1,7 m Coletivo: 1 bacia sanitária e 1 lavatório para cada grupo de 6 pessoas. Dimensão mínima > 1,7 m	HF
8.6.1	Banheiro para paciente interno (1)	1 para cada 2 enfermarias ou quartos	Individual: 3,6 m² com dimensão mínima > 1,7 m Individual p/ deficientes: 4,8 m² com dimensão mínima > 1,7 m Box chuveiro: dimensões mínimas > 0,8m x 1,0 m Box chuveiro p/ deficientes: dimensões mínimas > 0,9m x 1,1 m Coletivo: 1 bacia sanitária, 1 lavatório e 1 chuveiro para cada 6 leitos. Dimensão mínima > 1,7 m	HF;HQ;ADE
8.6.1, 8.6.2, 8.6.4	Área para guarda de pertences de paciente, doador e público	1 em cada unidade requerente	0,3 m² por pessoa	
8.6.3	Sala de estar para funcionários e alunos		1,3 m² por pessoa	
8.6.3	Quarto de plantão para funcionários e alunos		5,0 m² com dim. mínima > 2,0 m	
8.6.3	Vestiário central para funcionários e alunos (1)	1 para cada sexo	0,5 m² por funcionário/turno, sendo 25% para homens e 75% para mulheres. 1 bacia sanitária, 1 lavatório e 1 chuveiro a cada 10 funcionários (2)	HF;HQ
8.6.3	Sanitário para funcionários e alunos (1)	1 para cada sexo por unid. requerente	1 bacia sanitária e 1 lavatório cada 10 funcionários (2)	HF
8.6.3	Banheiro para funcionários e alunos (1)		1 bacia sanitária, 1 lavatório e 1 chuveiro a cada 10 funcion. (2)	HF;HQ;ADE
8.6.3	Vestiário de barreira (à ambientes específicos)	1 por unidade requerente	3,0 m²	HF
8.6.3	Área para guarda de pertences de funcionários e alunos	1 em cada unidade requerente	0,3 m² por pessoa	
8.6.4	Sala de espera para público		1,3 m² por pessoa	

(1) - Os sanitários e banheiros p/ deficientes tem de dar condições de uso à portadores de deficiência ambulatorial conforme norma da ABNT NBR 9050.

(2) Segundo a NR 24 - Condições sanitárias e de conforto nos locais de trabalho, do Ministério do Trabalho.

- Admite-se o uso de box menor para bacias sanitárias, quando se tratar de reformas sem ampliações, conforme NBR 9050;
- Cada unidade requerente do EAS deve possuir ao menos um sanitário individual p/ deficientes (mas. e fem.) para pacientes, doador e público com as dimensões citadas, caso não haja sanitários coletivos nestas unidades. É possível a existência de somente um conjunto desses sanitários, caso exista mais de uma unidade em um mesmo pavimento, e este não possua deslocamentos até os sanitários maiores do que 80,00 m;
- Unidades que só possuam funcionários de um único sexo, ou cujo número de funcionários masculinos ou de funcionários femininos seja inferior à 3 (três), podem possuir um único sanitário ou banheiro para uso do sexo majoritário, desde que o deslocamento até outros sanitários de uso do sexo minoritário não sejam maior do que 80,00 m. Esta questão deve estar devidamente justificada no projeto;
- Nos sanitários e banheiros coletivos e vestiários centrais, 5% no mínimo do total de cada peça sanitária, deve ser adequado ao uso de pessoas portadora de deficiência ambulatoria, conforme NBR 9050, obedecendo o mínimo de uma peça de cada. Nesses casos o box com bacia sanitária para deficientes deve possuir dimensões mínimas iguais à 1,5m x 1,7m;
- Cada unidade de internação geral deve possuir para pacientes internos, ao menos 30% de banheiros para deficientes com as dimensões citadas acima, exceto as unidades de geriatria e ortopedia, cujo percentual deve ser igual à 100%.
- Os vasos sanitários para deficientes ambulatoriais devem possuir altura entre 46 e 50 cm.

Obs.: A unidade funcional Conforto e Higiene, não se configura uma unidade física

UNIDADE FUNCIONAL: 8 - APOIO LOGÍSTICO				
Nº ATIV.	UNIDADE / AMBIENTE	DIMENSIONAMENTO		INSTALAÇÕES
		QUANTIFICAÇÃO (min.)	DIMENSÃO (min.)	
8.7	Limpeza e Zeladoria			
8.7	Depósito de material de limpeza com tanque (DML)	1 em cada unidade requerente	2,0 m² com dimensão mínima > 1,0 m	HF
5.3.1; 5.3.2; 8.7; 8.1.1	Sala de utilidades com pia de despejo²		4,0 m² com dimensão mínima > 1,5 m. Quando houver guarda temporária de resíduos sólidos acrescer 2 m²	HF;ADE
8.7	Sala de preparo de equipamentos / material		4,0 m² com dimensão mínima > 1,5 m	HF
8.7	Abrigo de recipientes de resíduos (lixo)² -Depósito (com no mín. 2 boxes - resíduos biológicos e comuns) - Depósito de resíduos químicos - Higienização de recipientes coletores	1 servindo a toda edificação onde estiver localizado o EAS	Depósito: Cada box deve ser suficiente para a guarda de dois recipientes coletores Depósito químicos: a depender do PGRSS ² do EAS Higienização: box para1 carro coletor	HF
8.7	Sala para equipamento de tratamento de resíduos	De acordo com o PGRSS ² do EAS	ADE	ADE
8.7	Sala de armazenamento temporário de resíduos	1 em cada unidade requerente de acordo com o PGRSS ² do EAS	ADE. Suficiente para a guarda de dois recipientes coletores	HF
8.8	Segurança e Vigilância			
8.8	Área para identificação de pessoas e/ou veículos	1 para cada acesso	4,0 m²	
8.9	Intra-estrutura Predial			
8.9.1	Sala para grupo gerador	1	De acordo com as normas da concessionária local e com o equipamento utilizado	EE;ED
8.9.1	Sala para subestação elétrica	1. A depender da demanda de carga elétrica do estabelecimento		
8.9.1 1	Sala para equipamento de geração de energia elétrica alternativa¹	11	De acordo com as normas da concessionária local e com o equipamento utilizado¹	EE; ED¹
8.9.1; 8.9.3	Área para caldeiras ¹	1. A depender das atividades do EAS 1 (de cada). A depender das atividades do EAS	A depender dos equipamentos utilizados	EE (ar condicion. e bombas); ADE
	Casa de caldeiras ¹			
8.9.1	Sala para equipamentos de ar condicionado			
8.9.1	Casa de bombas / máquinas			
8.9.3	Área para tanques de gases medicinais	1.A depender das atividades desen - volvidas no EAS	A depender dos equipamentos utilizados	EE
8.9.3	Área para centrais de gases (cilindros)			EE
8.9.3	Unidade de tratamento de esgoto	1. Tem de existir quando for lançado em rios ou lagos		ADE
8.9.4	Garagem		No mínimo 2 vagas para ambulâncias. Conforme código de obras	
8.9.4	Estacionamento	1	local. Vide capítulo - Circulações Externas e Internas	

¹ Vide [Portaria do Ministério do Trabalho NR 13/94](#), publicada no DOU de 26/04/95 .

² Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos. Vide Regulamento técnico da ANVISA/MS sobregerenciamento de resíduos de serviços de saúde.

Obs.: As unidades funcionais Limpeza e Zeladoria e Infra-estrutura Predial, não se configuram unidades físicas

(1- *Incluído pela [Resolução – RDC nº 307, de 14 de novembro de 2002](#))*

(2- *Alterado pela [Resolução – RDC nº 307, de 14 de novembro de 2002](#))*

PARTE III - CRITÉRIOS PARA PROJETOS DE ESTABELECIMENTOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE

São apresentadas variáveis que orientam e regulam as decisões a serem tomadas nas diversas etapas de desenvolvimento de projeto. São elas:

- Circulações externas e internas;
- Condições ambientais de conforto;
- Condições ambientais de controle de infecção hospitalar;
- Instalações prediais ordinárias e especiais; e
- Condições de segurança contra incêndio.

A seguir são apresentados os critérios de projeto individualizados por assunto, na seqüência das etapas de projeto - estudo preliminar, projeto básico e projeto executivo, quando couber

4. CIRCULAÇÕES EXTERNAS E INTERNAS

As circulações externas e internas do EAS são seus acessos, estacionamentos e circulações horizontais e verticais caracterizadas a seguir e em conformidade com a norma NBR-9050 da ABNT, Acessibilidade de pessoas portadoras de deficiências a edificações, espaço, mobiliário e equipamentos urbanos.

4.1 - ACESSOS

Os acessos do EAS estão relacionados diretamente com a circulação de sua população usuária e de materiais. A relação a ser considerada é de tipos funcionais de acessos e não de número de acessos, esta sim, via de regra, função da quantidade dos serviços prestados.

Deve haver uma preocupação de se restringir ao máximo os números desses acessos, com o objetivo de se conseguir um maior controle da movimentação no EAS, evitando-se o tráfego indesejado em áreas restritas, o cruzamento desnecessário de pessoas e serviços diferenciados, além dos problemas decorrentes de desvios de materiais.

Um EAS pode agregar diversos tipos funcionais de acessos em um único espaço físico, dependendo da interligação e aglutinação das unidades funcionais existentes, ou ter acessos físicos diferenciados para cada tipo funcional.

Os tipos de pessoas e materiais que acessam (entram e saem) ao EAS são:

Paciente externo ambulante ou transportado, acompanhante e doador;

Paciente a ser internado ambulante ou transportado e acompanhante;

Cadáver, acompanhante e visitas relacionadas a esse;

Funcionário e aluno (a distribuição por categorias é definida pela administração do EAS), vendedor, fornecedor e prestador de serviço, outros; e

Suprimentos e resíduos.

Os acessos de pessoas (pacientes, doadores, funcionários, alunos e público), devem possibilitar que os portadores de deficiência ambulatoria possam adentrar ao prédio sem a ajuda de terceiros.

4.2 - ESTACIONAMENTOS

De acordo com os serviços prestados e população usuária do EAS, devem ser previstos locais de estacionamento para as viaturas de serviço e de passageiros, sendo consideradas para quantificação do número de vagas as orientações dos códigos de obras municipais, ficando estabelecido para os EASs com internação situados em cidades onde o código de obras é omissivo em relação a esse assunto, uma área mínima de 12,00 m² ou uma vaga para veículo a cada quatro leitos. O estacionamento pode ser localizado em local distinto ao do prédio do EAS, conforme orientação contida no código de obras da cidade.

Junto às calçadas, os meios-fios (guias) devem ser rebaixados de modo a permitir o tráfego de cadeira de rodas ou macas.

A seguir são apresentados de modo geral os tipos de serviços e a população usuária que requerem estacionamentos:

- paciente externo transportado (paciente de emergência), que chega ou parte de automóvel, ambulância ou helicóptero;
- paciente a ser internado (paciente interno);
- visita ao paciente internado;
- paciente externo de ambulatório;
- funcionários (médicos e enfermeiros), se possível vaga de uso exclusivo;
- demais funcionários;
- fornecedores, vendedores;
- entrega de suprimentos: combustível, mantimentos, medicamentos, etc.;
- remoção de cadáveres; e
- remoção de resíduos sólidos.

Para estacionamentos com até 100 vagas, devem existir duas vagas reservadas a deficientes ambulatoriais. Estacionamentos acima de 100 vagas devem possuir 1% dessas destinados a esses deficientes, conforme norma NBR-9050 da ABNT.

Os helipontos, quando existirem, devem atender as normas do Ministério da Aeronáutica / Departamento de Aviação Civil - DAC, Instrução de Aviação Civil IAC-3134-135-1096 e Portaria nº 18/GM5 de 14/02/74 publicada no DOU 01/03/74.

4.3- CIRCULAÇÕES HORIZONTAIS

As circulações horizontais adotadas no EAS devem seguir as seguintes orientações:

a) Corredores

Os corredores destinados à circulação de pacientes devem possuir corrimãos em ao menos uma parede lateral a uma altura de 80 cm a 92 cm do piso, e com finalização curva. Os bate-macas podem ter também a função de corrimão.

Os corredores de circulação de pacientes ambulantes ou em cadeiras de rodas, macas ou camas, devem ter a largura mínima de 2,00 m para os maiores de 11,0m e 1,20m para os demais, não podendo ser utilizados como áreas de espera.

Os corredores de circulação de tráfego intenso de material e pessoal devem ter largura mínima de 2,00 m, não podendo ser utilizados como área de estacionamento de carrinhos.

Nas áreas de circulação só podem ser instalados telefones de uso público, bebedouros, extintores de incêndio, carrinhos e lavatórios, de tal forma que não reduzam a largura mínima estabelecida e não obstruam o tráfego, a não ser que a largura exceda a 2,00 m;

Os corredores destinados apenas à circulação de pessoal e de cargas não volumosas devem ter largura mínima de 1,20 m.

No caso de desníveis de piso superiores a 1,5 cm, deve ser adotada solução de rampa unindo os dois níveis.

Circulações das unidades de emergência e urgência, centro cirúrgico e obstétrico, devem sempre possuir largura mínima de 2,00 m.

b) Portas

Todas as portas de acesso a pacientes devem ter dimensões mínimas de 0,80 (vão livre) x 2,10 m, inclusive sanitários.

Todas as portas de acesso aos ambientes aonde forem instalados equipamentos de grande porte têm de possuir folhas ou painéis removíveis, com largura compatível com o tamanho do equipamento, permitindo assim sua saída.

Todas as portas utilizadas para a passagem de camas/macas e de laboratórios devem ter dimensões mínimas de 1,10 (vão livre) x 2,10 m, exceto as portas de acesso as unidades de diagnóstico e terapia, que necessitam acesso de maca. As salas de exame ou terapias têm de possuir dimensões mínimas de 1,20 x 2,10 m.

As portas de banheiros e sanitários de pacientes devem abrir para fora do ambiente, ou permitir a retirada da folha pelo lado de fora, a fim de que sejam abertas sem necessidade de empurrar o paciente eventualmente caído atrás da porta. *(Incluído pela RESOLUÇÃO - RDC Nº 307, DE 14 DE NOVEMBRO DE 2002)*

As portas devem ser dotadas de fechaduras que permitam facilidade de abertura em caso de emergência e barra horizontal a 90 cm do piso.

(Incluído pela RESOLUÇÃO - RDC Nº 307, DE 14 DE NOVEMBRO DE 2002)

As portas das salas cirúrgicas, parto, quartos de isolamento e quartos ou enfermarias de pediatria devem possuir visores. (Incluído pela RESOLUÇÃO - RDC Nº 307, DE 14 DE NOVEMBRO DE 2002)

As maçanetas das portas devem ser do tipo alavanca ou similares. (Incluído pela RESOLUÇÃO - RDC Nº 307, DE 14 DE NOVEMBRO DE 2002)

4.4 - CIRCULAÇÕES VERTICAIS

A circulação vertical para movimentação de pacientes em EAS deve atender aos seguintes critérios:

EAS com até dois pavimentos (inferior ou superior), incluindo térreo - fica dispensado de elevador ou rampa. Neste caso a movimentação de pacientes poderá ser feita através de escada com equipamentos portáteis ou plataforma mecânica tipo plano inclinado adaptada à escada, no caso do paciente precisar ser transportado;

EAS com até de dois pavimentos (inferior ou superior), inclusive térreo que exerça atividades de internação, cirurgias não ambulatoriais, parto-cirúrgico e procedimentos médicos com a utilização de anestesia geral, localizadas em pavimento(s) diferente(s) do de acesso exterior - deve possuir elevador de transporte de pacientes em macas ou rampa;

- EAS com mais de dois pavimentos - deve possuir elevador ou rampa;

- EAS com mais de dois pavimentos que exerça atividades de internação, cirurgias não ambulatoriais, parto-cirúrgico e procedimentos médicos com a utilização de anestesia geral, localizadas em pavimento(s) diferente(s) do de acesso exterior - deve possuir elevador de transporte de pacientes em macas;

- EAS localizado em edificação de multiuso com mais de dois pavimentos e que exerça suas atividades em um único pavimento diferente do de acesso exterior - deve possuir elevador. O elevador pode ou não ser do tipo de transporte de pacientes em macas.

- EAS localizado em edificação de multiuso com mais de dois pavimentos que desenvolva atividades de internação, cirurgias não ambulatoriais, parto cirúrgico e procedimentos médicos com a utilização de anestesia geral, localizadas em pavimentos diferentes do pavimento de acesso exterior - deve possuir elevador de transporte de pacientes em macas.

- EAS em edificação de multiuso com mais de dois pavimentos, que desenvolva atividades diferentes das explicitadas no item anterior e localizadas em pavimento(s) diferente(s) do pavimento de acesso exterior - deve possuir elevador. O elevador pode ou não ser do tipo de transporte de pacientes em macas.

Em todos os casos citados acima, exceto em EAS com mais de três pavimentos (incluindo térreo), as rampas podem substituir os elevadores. Vide item 4.4. b) desta resolução.

São as seguintes as normas a serem seguidas nos EAS, para movimentação vertical de pacientes, demais pessoas ou materiais:

a) Escadas

A construção das escadas deve obedecer aos critérios referentes ao código de obras da localidade e a outras exigências legais supervenientes, bem como às seguintes especificações adicionais:

- as escadas que, por sua localização, se destinem ao uso de pacientes, têm de ter largura mínima de 1,50m e serem providas de corrimão com altura de 80 cm a 92 cm do piso, e com finalização curva. Vide norma ABNT NBR 9050, item 6.6.1;

- nas unidades de internação, a distância entre a escada e a porta do quarto (ou enfermaria) mais distante não pode ultrapassar de 35,00m;

- escadas destinadas ao uso exclusivo do pessoal têm de ter largura mínima de 1,20m;

- o piso de cada degrau tem de ser revestido de material antiderrapante e não ter espelho vazado;

- os degraus devem possuir altura e largura que satisfaçam, em conjunto, à relação $0,63 = 2H + L = 0,64m$, sendo 'H' a altura (espelho) e 'L' largura (piso) do degrau. Além disso, a altura máxima, será de 0,185m (dezoito centímetros e meio) e a profundidade mínima de 0,26m (vinte e seis centímetros);

- nenhuma escada pode ter degraus dispostos em leque, nem possuir prolongamento do patamar além do espelho (bocel);

- nenhum lance de escada pode vencer mais de 2,00m sem patamar intermediário;

- o vão de escada não pode ser utilizado para a instalação de elevadores ou monta-cargas;

- no pavimento em que se localize a saída do prédio tem de estar nitidamente assinalado "SAÍDA".

As escadas de incêndio devem atender ao determinado no item B.3.1 do capítulo 8. Condições de segurança contra incêndio e as normas dos corpos de bombeiros locais.

b) Rampas

EAS que utilizam rampas para pacientes devem obedecer os seguintes critérios:

- rampas só podem ser utilizadas como único meio de circulação vertical quando vencerem no máximo dois pavimentos independentemente do andar onde se localiza. Ex.: poderá ser do térreo ao 2º pavimento, ou do 10º ao 12º pavimento. É livre o número de lances quando complementada por elevadores para pacientes;

- admite-se o vencimento de mais um pavimento além dos dois previstos, quando esse for destinado exclusivamente a serviços, no caso dos EAS que não possuam elevador;

- a largura mínima será de 1,50m, declividade conforme tabela a seguir e patamares nivelados no início e no topo. Rampa só para funcionários e serviços pode ter 1,20 m de largura;

- quando as rampas mudarem de direção, deve haver patamares intermediários destinados a descanso e segurança. Esses patamares devem possuir largura mínima de 1,20cm;

- as rampas devem ter o piso não escorregadio, corrimão e guarda-corpo;

- não é permitida a abertura de portas sobre a rampa. Em caso de necessidade deve existir vestíbulo com largura mínima de 1,50 m e comprimento de 1,20 m, mais a largura da folha da porta ;

- em nenhum ponto da rampa o pé-direito poderá ser inferior a 2,00m; e

- para rampas curvas, admite-se inclinação máxima de 8,33% e raio mínimo de 3,0 m medidos no perímetro interno à curva.

TABELA - CONDIÇÕES MÍNIMAS PARA RAMPAS

Inclinação admissível de cada segmento de rampa	Desnível máx. de cada segmento de rampa	N.º máximo permitido de Segmentos de rampa	Comprimento máx. de cada segmento de rampa
1:8 ou 12,5%	0,183 m	01	1,46 m
1:10 ou 10%	0,274 m 0,500 m 0,750 m	08 06 04	2,74 m 5,00 m 7,50 m
1:12 ou 8,33%	0,900 m	10	10,80 m
1:16 ou 6,25%	1,000 m 1,200 m	14 12	16,00 m 19,20 m
1:20 ou 5,00%	1,500 m	-	30,00 m

Fonte: NBR 9050

c) Elevadores *(Redação dada pela RESOLUÇÃO - RDC Nº 307, DE 14 DE NOVEMBRO DE 2002)*

Nos casos não descritos nesta resolução, é adotada como complementar as normas da ABNT NBR-14712

- Elevadores elétricos
- Elevadores de carga, monta-cargas e elevadores de maca
- Requisitos de segurança para projeto, fabricação e instalação e NBR NM-207
- Elevadores elétricos de passageiros
- Requisitos de segurança construção e instalação e aos dispositivos legais do Ministério do Trabalho, bem como às seguintes especificações adicionais:

c.1) Capacidade

A instalação tem de ser capaz de transportar em cinco minutos:

- 8% da população onde houver monta-cargas para o serviço de alimentação e material; e
- 12% da população onde não houver monta-cargas.

c.2) Para transporte de pacientes em maca

Ao menos um dos elevadores para pacientes em macas do EAS deve obedecer ao item B.3.2 do capítulo Condições de Segurança contra Incêndio desta Resolução.

As dimensões internas mínimas da cabine do elevador são de no mínimo 2,10m x 1,30m.

O movimento das portas do elevador automático tem de ser retardado com interrupção mínima de 18 segundos.

Os comandos externos e internos do elevador devem estar localizados a uma altura máxima de 1,30m em relação ao piso.

O elevador deve ter portas de correr simultâneas na cabine e no pavimento, sendo a largura mínima da porta igual a 0,90 m quando essa estiver colocada na menor dimensão da cabine e 1,10 m quando colocada na maior dimensão. A porta da cabina deve possuir barreira foteletrônica infravermelho. Deve conter dispositivo "no break", com autonomia de uma hora, que no caso de falta de energia elétrica, mantém iluminação na cabina e propicia o funcionamento do mesmo.

Todo elevador para pacientes deve estar dotado de nivelamento automático e de dispositivo que possibilite a interrupção das chamadas dos andares, para levar a cabine diretamente ao andar desejado.

c.3) Para pacientes não transportados em maca, demais passageiros e materiais.

Ao menos um dos elevadores para passageiros do EAS deve obedecer aos dispostos na norma da ABNT NBR-13.994 - Elevadores para transporte de pessoas portadoras de deficiência.

Sempre que o(s) elevador(es) para transporte de pacientes não satisfizer(em) o volume de tráfego total, calculado de acordo com os valores mínimos discriminados no item c.1, tem de ser instalado(s) elevador(es) adicional(is) para o transporte de funcionários, visitantes e materiais.

Os elevadores destinados ao transporte de materiais têm de ser dotados de portas de correr simultâneas na cabine e no pavimento.

A porta da cabina deverá possuir barreira foteletrônica infravermelho. Deve conter dispositivo "no break", com autonomia de uma hora, que no caso de falta de energia elétrica mantém iluminação na cabina e propicia o funcionamento da campainha de alarme. No caso dos elevadores destinados à pacientes, esse sistema deve manter o funcionamento total do elevador.

Obs: Vide Capítulo Condições Ambientais de Controle de Infecção Hospitalar.

c.4) Comando

Os elevadores de transporte de pacientes que servem a mais de quatro pavimentos devem ter comando automático, coletivo, com seleção na subida e na descida.

d) Monta-cargas

A instalação de monta-cargas deve obedecer à norma NBR-7192 da ABNT, bem como às seguintes especificações:

- as portas dos monta-cargas devem abrir para recintos fechados e nunca diretamente para corredores; e
- em cada andar o monta-cargas deve ser dotado de porta corta-fogo, automática, do tipo leve.

Obs: Vide Capítulo Condições Ambientais de Controle de Infecção Hospitalar.

e) Tubo de Queda *(Redação dada pela RESOLUÇÃO - RDC Nº 307, DE 14 DE NOVEMBRO DE 2002)*

- Só é permitido para uso exclusivo de roupa suja, sendo portanto, proibido a utilização de tubulões ou tubos pneumáticos para o transporte de resíduos de serviços de saúde; e

- Devem ser dotados de dispositivos que permitam sua total desinfecção

Obs: Vide Capítulo Condições Ambientais de Controle de Infecção Hospitalar.

5. CONDIÇÕES AMBIENTAIS DE CONFORTO

Os sistemas de controle ambiental nos EAS abrangem duas dimensões: a endógena, que considera o edifício em sua finalidade de criar condições desejáveis de salubridade através do distanciamento das pessoas das variáveis ambientais externas, e a exógena, que observa os impactos causados pelas construções no meio ambiente externo alterando, de forma positiva ou negativa, suas condições climáticas naturais. As decisões de projeto dos EAS devem preocupar-se em atender sua dimensão endógena sem acarretar interferências negativas nas características ambientais de seu entorno.

A dimensão endógena dos sistemas de controle ambiental dos edifícios está amparada por normas técnicas e de higiene e segurança do trabalho, que serão citadas oportunamente. A dimensão exógena dos referidos sistemas é contemplada por alguns instrumentos legais, como os Códigos de Obras e Posturas da maioria dos municípios brasileiros, que estabelecem limites à implantação de edifícios (atividades permitidas e proibidas, normas de construção e de aproveitamento do lote, etc.) e abordam as relações dos prédios com a realidade climática local. Mais recentemente, a legislação federal tem complementado esses estatutos, com normas urbanísticas, ambientais e de saneamento; dentre eles, cite-se a Constituição Federal de 1988, em seus artigos 200 e 225, as leis 6938/81 e 6667 e o Código Florestal (Lei 4771/65), atualizada pela Lei 7803).

A abordagem do controle das condições de conforto ambiental dos EAS realizou-se a partir da interação das expectativas específicas a cada sub-aspecto (higrotérmico e de qualidade do ar, acústico e luminoso) com a classificação dos ambientes daqueles edifícios segundo as atividades que abrigam. Obteve-se listagens de áreas funcionais, correspondentes aos referidos sub-aspectos, onde os compartimentos das diversas unidades funcionais dos EAS agrupam-se pela demanda de sua população a determinadas condições de conforto. Entretanto, devem ser cumpridos os requisitos de condicionamento ambiental estabelecidos nas normas genéricas de construção, constituindo-se esses estabelecimentos em casos a serem especialmente atendidos.

Considera-se como regra básica para todos os EAS no tocante as exigências de conforto higrotérmico e luminoso, que na localização da edificação no terreno devam ser seguidas as exigências do código de obras local. No entanto, nenhuma janela de ambientes de uso prolongado, aqueles com permanência de uma mesma pessoa por período contínuo de mais de quatro horas, poderá possuir afastamentos menores do que 3,0 m em relação a empenas de qualquer edificação. Nos demais ambientes, esses afastamentos não poderão ser menores do que 1,5 m, exceto banheiros, sanitários, vestiários e DML, que poderão ser ventilados através de poços de ventilação ou similares.

5.1-CONFORTO HIGROTÉRMICO E QUALIDADE DO AR

Os diversos ambientes funcionais dos EAS solicitam sistemas de controle das condições de conforto higrotérmico e de qualidade do ar diferentes, em função dos grupos populacionais que os freqüentam, das atividades que neles se desenvolvem e das características de seus equipamentos.

Os ambientes contidos em cada um destes grupos de sistemas de controle de conforto higrotérmico e de qualidade do ar serão apresentados a seguir, e correspondem à classificação funcional utilizada nesta norma.

- Ambientes funcionais dos EAS que demandam sistemas comuns de controle das condições ambientais higrotérmicas e de qualidade do ar.

Esses ambientes correspondem a certas unidades funcionais que não carecem de condições especiais de temperatura, umidade e qualidade do ar. Sua ventilação e exaustão podem ser diretas ou indiretas.

Observe-se o Código de obras local.

- Ambientes funcionais dos EAS que demandam sistemas comuns de controle das condições ambientais higrotérmicas e especiais de controle de qualidade do ar, em função de deverem apresentar maiores níveis de assepsia.

Esses ambientes correspondem a certas unidades funcionais que exigem controle de qualidade do ar interior. Para tal, devem ser respeitadas as instalações indicadas na tabela de ambientes e o item 7.5-Instalação de climatização do capítulo 7-Instalações prediais ordinárias e especiais desta norma.

- Ambientes funcionais dos EAS que demandam sistemas comuns de controle das condições ambientais higrotérmicas e especiais de controle de qualidade do ar, em função de que as atividades neles desenvolvidas produzem odores.

Esses ambientes correspondem a certas unidades funcionais que não carecem de condições especiais de temperatura e umidade, mas necessitam de exaustão mecânica. Para tal, devem ser respeitadas as instalações indicadas na tabela de ambientes e o item 7.5-Instalação de climatização do capítulo 7-Instalações prediais ordinárias e especiais desta norma.

- Ambientes funcionais dos EAS que demandam sistemas comuns de controle das condições ambientais higrotérmicas e especiais de controle de qualidade do ar, em função de que as atividades neles desenvolvidas poluem o ar.

Esses ambientes correspondem a certas unidades funcionais que não carecem de condições especiais de temperatura e umidade, mas necessitam de ventilação direta associada à exaustão mecânica. Para tal, devem ser respeitadas as instalações indicadas na tabela de ambientes e o item 7.5-Instalação de climatização do capítulo 7-Instalações prediais ordinárias e especiais desta norma.

- Ambientes funcionais dos EAS que demandam sistemas especiais de controle das condições ambientais higrotérmicas e de controle de qualidade do ar, em função do tempo de permanência dos pacientes nos mesmos.

Esses ambientes correspondem a certas unidades funcionais que carecem de condições especiais de temperatura, umidade e qualidade do ar, devendo-se buscar as melhores condições das mesmas por meio de ventilação e exaustão diretas.

- Atendimento imediato

Salas de observação

- Internação

Internação geral:

Quartos, enfermarias e áreas de recreação.

Ambientes funcionais dos EAS que demandam sistemas especiais de controle das condições ambientais higrotérmicas e de controle de qualidade do ar, em função das características particulares dos equipamentos que abrigam.

Esses ambientes correspondem a certas unidades funcionais que carecem de condições especiais de temperatura, umidade e qualidade do ar, demandando climatização artificial e necessitando de exaustão mecânica. Para tal, devem ser respeitadas as instalações indicadas na tabela de ambientes e o item 7.5-Instalação de climatização do item 7-Instalações prediais ordinárias e especiais desta norma.

Ambientes funcionais dos EAS que demandam sistemas especiais de controle das condições ambientais higrotérmicas e de controle de qualidade do

ar, em função das características particulares dos equipamentos que abrigam e das atividades que neles se desenvolvem.

Esses ambientes correspondem a certas unidades funcionais que carecem de condições especiais de temperatura, umidade e qualidade do ar pois, por abrigarem equipamentos e atividades geradoras de calor, demandam ventilação direta associada à necessidade de exaustão mecânica. Para tal, devem ser respeitadas as instalações indicadas na tabela de ambientes e o item 7.5-Instalação de climatização do item 7-Instalações prediais ordinárias e especiais desta norma e código de obras local.

5.2-CONFORTO ACÚSTICO

Há uma série de princípios arquitetônicos gerais para controle acústico nos ambientes, de sons produzidos externamente. Todos agem no sentido de isolar as pessoas da fonte de ruído, a partir de limites de seus níveis estabelecidos por normas brasileiras e internacionais. As normas para controle acústico a seguir devem ser observadas por todos EAS.

- Normas da ABNT: NBR10.152- níveis de ruído para conforto acústico e NBR 12.179 - Tratamento acústico em recintos fechados. *(Redação dada pela RESOLUÇÃO - RDC Nº 307, DE 14 DE NOVEMBRO DE 2002)*

É necessário observar as demandas específicas dos diferentes ambientes funcionais dos EAS quanto a sistemas de controle de suas condições de conforto acústico, seja pelas características dos grupos populacionais que os utilizam, seja pelo tipo de atividades ou ainda pelos equipamentos neles localizados.

Os ambientes contidos em cada um desses grupos de sistemas de controle de conforto acústico serão apresentados a seguir, e correspondem à classificação funcional utilizada nesta norma.

Ambientes funcionais dos EAS que demandam sistemas comuns de controle das condições ambientais acústicas.

Esses ambientes correspondem a certas unidades funcionais que não carecem de condições especiais de níveis de ruído e que não o produzem em grau elevado. Não necessitam de barreiras nem de isolamento sonoro especial.

Observe-se o Código de Obras local.

Ambientes funcionais dos EAS que demandam sistemas especiais de controle das condições ambientais acústicas porque, apesar de não abrigarem atividades nem equipamentos geradores de altos níveis de ruído, os grupos populacionais que os freqüentam necessitam dos menores níveis de ruído possíveis.

Esses ambientes correspondem a certas unidades funcionais que carecem de condições especiais de níveis de ruído e que não o produzem em grau elevado. Necessitam de isolamento sonoro especial.

- Apoio ao diagnóstico e terapia

Métodos Gráficos: Cabine de audiometria

Ambientes funcionais dos EAS que demandam sistemas especiais de controle das condições ambientais acústicas porque abrigam atividades e equipamentos geradores de altos níveis de ruído e os grupos populacionais que os freqüentam necessitam os menores níveis de ruído possíveis.

Esses ambientes correspondem a certas unidades funcionais que carecem de condições especiais de níveis de ruído e que o produzem em grau elevado. Necessitam de barreiras acústicas que garantam a não interferência desses ruídos em outros ambientes.

- Atendimento imediato

Atendimentos de emergência e urgência

- Apoio ao diagnóstico e terapia

Imagemologia/Ultra-sonografia: Litotripsia extracorpórea

Ambientes funcionais dos EAS que demandam sistemas especiais de controle das condições ambientais acústicas porque abrigam atividades e equipamentos geradores de níveis de ruído muito altos e necessitam serem isolados como fonte.

Estes ambientes correspondem a certas unidades funcionais que não carecem de condições especiais de níveis de ruído, mas que o produzem em grau elevado. Necessitam de barreiras acústicas, em relação aos demais ambientes do EAS.

- Apoio técnico

Nutrição e dietética: Área de produção

- Apoio ao diagnóstico e terapia

Imagemologia/Ultra-sonografia: Litotripsia extracorpórea

- Apoio logístico

Processamento de roupa: Área para lavagem e centrifugação

Manutenção: Oficinas de manutenção

Nota: Observem-se as normas específicas da ABNT

Infra-estrutura predial:

Sala para grupo gerador;

Casa de bombas;

Área para ar comprimido;

Salas para equipamentos de ar condicionado

5.3-CONFORTO LUMINOSO A PARTIR DE FONTE NATURAL

Normas a serem seguidas: NBR 5413 - Iluminância de interiores. *(Redação dada pela RESOLUÇÃO - RDC Nº 307, DE 14 DE NOVEMBRO DE 2002)*

Há demandas específicas dos diferentes ambientes funcionais dos EAS quanto a sistemas de controle de suas condições de conforto luminoso, seja pelas características dos grupos populacionais que os utilizam, seja pelo tipo de atividades ou ainda pelos equipamentos neles localizados.

Os ambientes contidos em cada um desses grupos de sistemas de controle de conforto luminoso serão apresentados a seguir, e correspondem à classificação funcional utilizada nesta norma.

Ambientes funcionais dos EAS que demandam sistemas comuns de controle das condições ambientais luminosas.

Esses ambientes correspondem a certas unidades funcionais que não carecem de condições especiais de iluminação. Não necessitam de incidência de luz de fonte natural direta nem de iluminação artificial especial.

Observe-se o Código de Obras local.

Ambientes funcionais dos EAS que demandam sistemas de controle natural das condições ambientais luminosas.

Estes ambientes correspondem a certas unidades funcionais que carecem de condições especiais de iluminação, no sentido de necessitarem de incidência de luz de fonte natural direta no ambiente.

- Atendimento imediato

Salas de observação

- Internação

Internação geral:

Quartos e enfermarias

Internação intensiva e queimados

Quartos e áreas coletivas

- Apoio ao diagnóstico e terapia

Díalise:

Salas para tratamento hemodialítico

Salas para DPI

Ambientes funcionais dos EAS que demandam sistemas de controle artificial das condições ambientais luminosas.

Esses ambientes correspondem a certas unidades funcionais que carecem de condições especiais de iluminação. Necessitam de iluminação artificial especial no campo de trabalho.

- Todos os ambientes onde os pacientes são manipulados, em especial os consultórios, salas de exames e terapias, salas de comando dessas, salas de cirurgias e de partos, quartos e enfermarias e salas de observação.

Ambientes funcionais dos EAS que demandam obscuridade.

Esses ambientes correspondem a certas unidades funcionais que carecem de condições especiais de iluminação, pois necessitam de obscuridade.

- Ambulatório

Consultórios de oftalmologia

- Atendimento imediato

Salas para exames de oftalmologia

- Apoio ao diagnóstico e terapia

Imagenologia:

Salas de exames

Oftalmologia:

Sala de exames

Laboratório de biologia molecular:

Sala de revelação de géis

- Apoio logístico

Laboratório para revelação de filmes e chapa

Sala de revelação

6. CONDIÇÕES AMBIENTAIS DE CONTROLE DE INFECÇÃO

O presente capítulo fixa critérios para projetos arquitetônicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde visando seu bom desempenho quanto a condições ambientais que interferem no controle de infecção de serviços de saúde. Essa questão possui dois componentes técnicos, indispensáveis e complementares:

a) o componente de procedimentos nos EAS, em relação a pessoas, utensílios, roupas e resíduos-RSS;

b) o componente arquitetônico dos EAS, referente a uma série de elementos construtivos, como: padrões de circulação, sistemas de transportes de materiais, equipamentos e resíduos sólidos; sistemas de renovação e controle das correntes de ar, facilidades de limpeza das superfícies e materiais; e instalações para a implementação do controle de infecções.

6.1-CONCEITUAÇÃO BÁSICA

O papel da arquitetura dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde na prevenção das infecções de serviços de saúde pode ser entendido em seus aspectos de barreiras, proteções, meios e recursos físicos, funcionais e operacionais, relacionados a pessoas, ambientes, circulações, práticas, equipamentos, instalações, materiais, RSS e fluidos.

Segundo a Portaria do Ministério da Saúde GM nº2616 de 12/05/98, publicada no DOU de 13/05/98, Anexo II, "Infecção Hospitalar é aquela adquirida após a admissão do paciente e que se manifesta durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares". "Infecção Comunitária é aquela constatada ou em incubação no ato da admissão do paciente, desde que não relacionada com internação anterior no mesmo hospital". Essa Portaria limita-se à prevenção e controle de infecção de origem interna ao EAS, no que se refere à água, esgoto, roupa, resíduos, alimentos, ar condicionado, equipamento de esterilização, destilador de água etc.

A prevenção de doenças ocupacionais dos funcionários e profissionais trabalhadores nesses estabelecimentos também é preocupação dessa Portaria.

As precauções padrão constituem-se de barreiras e ênfase nos cuidados com certos procedimentos, visando evitar que a equipe de assistência tenha contato direto ou indireto com os diversos líquidos corporais, agulhas, instrumentos e equipamentos encontram-se inclusos nos contatos indiretos. O mais recente progresso na prevenção e controle de infecção de serviços de saúde é o isolamento simplificado, que consta de duas práticas:

a) Prática geral: aplicação das precauções universais (PU) a todos os pacientes, durante todo o período de internação, independentemente do diagnóstico do paciente; e

b) Prática específica: aplica-se sempre que o paciente apresentar doença infecciosa, com possibilidade de transmissão de pessoa a pessoa e/ou colonização por germes multirresistentes, conforme listagem organizada pela CDC. Consiste em suplementar as precauções universais com isolamento de bloqueio (IB) e com precauções com materiais infectantes (PMI). O isolamento de bloqueio consiste na utilização de barreiras físicas e cuidados especiais, para impedir que os germes envolvidos se transmitam.

6.2-CRITÉRIOS DE PROJETO

Sendo o controle da infecção hospitalar fortemente dependente de condutas, as soluções arquitetônicas passam a admitir possibilidades tradicionalmente a elas vedadas, por contribuírem apenas parcialmente ao combate dessa moléstia. Contudo, há características ambientais dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde que auxiliam nas estratégias contra a transmissão de infecções adquiridas em seu recinto. Serão apresentadas como critérios de projeto, vinculadas às diversas etapas do processo.

A. ESTUDO PRELIMINAR

A.1 - Localização do EAS É proibida a localização de EAS em zonas próximas a depósitos de lixo, indústrias ruidosas e/ou poluentes;

A.2 - Zoneamento das Unidades e Ambientes Funcionais, segundo sua sensibilidade a risco de transmissão de infecção

As condições ambientais necessárias ao auxílio do controle da infecção de serviços de saúde dependem de pré-requisitos dos diferentes ambientes do Estabelecimento Assistencial de Saúde, quanto a risco de transmissão da mesma. Nesse sentido, eles podem ser classificados:

Áreas críticas - são os ambientes onde existe risco aumentado de transmissão de infecção, onde se realizam procedimentos de risco, com ou sem pacientes, ou onde se encontram pacientes imunodeprimidos.

Áreas semicríticas - são todos os compartimentos ocupados por pacientes com doenças infecciosas de baixa transmissibilidade e doenças não infecciosas.

Áreas não-críticas - são todos os demais compartimentos dos EAS não ocupados por pacientes, onde não se realizam procedimentos de risco.

A.3 Circulações, quanto a Elementos Limpos e Sujos

A melhor prevenção de infecção hospitalar é tratar os elementos contaminados na fonte; o transporte de material contaminado, se acondicionado dentro da técnica adequada, pode ser realizado através de quaisquer ambientes e cruzar com material esterilizado ou paciente, sem risco algum.

Circulações exclusivas para elementos sujos e limpos é medida dispensável nos EAS. Mesmo nos ambientes destinados à realização de procedimentos cirúrgicos, as circulações duplas em nada contribuem para melhorar sua técnica asséptica, podendo prejudicá-la pela introdução de mais um acesso, e da multiplicação de áreas a serem higienizadas.

Nos casos não descritos nesta resolução, é adotada como complementar a seguinte norma: NBR 13700 - Áreas limpas - Classificação e controle de contaminação. *(Incluído pela RESOLUÇÃO - RDC Nº 307, DE 14 DE NOVEMBRO DE 2002)*

B. PROJETO BÁSICO

B.1 Barreiras Físicas

Os vestiários em ambientes destinados à realização dos procedimentos citados têm de ser quantitativamente suficientes em relação à capacidade de atendimento dessas unidades, serem exclusivos às mesmas, dotados de lavatório(s) e de área de paramentação, além de chuveiros (c. cirúrgico e c. obstétrico), vaso sanitário *(Incluído pela RESOLUÇÃO - RDC Nº 307, DE 14 DE NOVEMBRO DE 2002)*

Barreiras físicas são estruturas que devem ser associadas a condutas técnicas visando minimizar a entrada de microorganismos externos. São absolutamente necessárias nas áreas críticas.

As exigências de isolamento de patógenos variam de acordo com a via pela qual são eliminados. As precauções padrão procuram cobrir todas estas possibilidades e para viabilizar a operacionalização existem procedimentos de segurança e barreiras individuais (luvas, avental, máscara e óculos de proteção - EPI), assim como barreiras físicas que correspondem a alguns compartimentos do EAS em especial aos vestiários e aos quartos privativos. Vide item B.7 Níveis de biossegurança.

B.1.1. Vestiários/banheiros/sanitários de barreira nos compartimentos destinados à realização de procedimentos assépticos (c.cirúrgico, c. obstétrico, sala de coleta e sala de processamento do banco de leite humano, lactário/nutrição enteral, hemodinâmica, CME, diluição de quimioterápicos e preparo de nutrição parenteral). *(Redação dada pela Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 918, de 19/09/2024)*

Os vestiários em ambientes destinados à realização dos procedimentos citados têm de ser quantitativamente suficientes em relação à capacidade de atendimento dessas unidades, serem exclusivos às mesmas, dotados de lavatório(s) e de área de paramentação, além de chuveiros (c. cirúrgico e c. obstétrico), vaso sanitário (c. cirúrgico, c. obstétrico, CME e hemodinâmica), e servirem de barreira ao acesso a estes ambientes. O vestiário das salas de diluição de quimioterápicos deve possuir lava-olhos, além do lavatório e da área de paramentação.

É necessário possuírem áreas limpa e suja estanques, assim chamadas por abrigarem funcionários, equipamentos e roupas em contato ou não com material contaminado e com entradas e saídas distintas.

B.1.2 Sanitários nos Compartimentos Destinados ao Preparo e Cocção de Alimentos

Sanitários franqueados para outros tipos de população do EAS não podem ser compartilhados pelo pessoal que manuseia alimentos; e

A localização destes sanitários no âmbito da própria unidade funcional é obrigatória.

B.1.3 Banheiro na Sala de Recepção, Classificação, Pesagem e Lavagem de Roupas Sujas

Este banheiro deve servir de barreira ao acesso a sala de recepção, ...e dispor de bacia sanitária, lavatório e chuveiro próprios. Deve ainda possuir entrada e saída distintas.

B.1.4 Processamento de Roupas

O fluxo da roupa nos estabelecimentos assistenciais de saúde pode ser agente de transmissão da infecção hospitalar. Nos EAS, as principais barreiras do fluxo de roupa são:

1ª.) Pré-classificação de roupa na origem: através de carros porta-saco (duplo ou triplo), dotados de tampa acionada por pé.

2ª.) Sala de recepção, classificação, pesagem e lavagem de roupa suja: ambiente altamente contaminado que necessita requisitos arquitetônicos próprios como: banheiro, exaustão mecanizada com pressão negativa, local para recebimento de sacos de roupa por carros, tubulão ou montacargas, espaço para carga de máquina de lavar, ponto de água para lavagem do ambiente, pisos e paredes laváveis, ralos, interfone ou similar e visores. Pisos e paredes devem ser de material resistente e lavável. A conduta nessa área deve prever equipamento de proteção individual aos funcionários.

3ª.) Lavagem de Roupa: independente do porte da lavanderia, deve-se usar sempre máquinas de lavar de porta dupla ou de barreira, onde a roupa suja é inserida pela porta da máquina situada do lado da sala de recebimento, pesagem e classificação por um operador e, após lavada, retirada do lado limpo através de outra porta. A comunicação entre as duas áreas é feita somente por visores e interfones.

B.1.5 Quarto Privativo de Isolamento

É obrigatório somente nos casos de necessidade de isolamento de substâncias corporais infectantes ou de bloqueio; nesses casos deve ser dotado de banheiro privativo (com lavatório, chuveiro e vaso sanitário), exceto UTI, e de ambiente específico com pia e armários estanques para roupa e materiais limpo e sujo anterior ao quarto (não necessariamente uma antecâmara).

O quarto privativo no EAS tem flexibilidade para, sempre que for requerida proteção coletiva (PC), operar prontamente como isolamento. Poderá, ainda, atuar como isolamento de substâncias corporais (ISC) e como isolamento de bloqueio (IB), se instalar-se sistema de abertura de porta por comando de pé ou outro, que evite tocar na maçaneta.

B.1.6 Centros Cirúrgico e Obstétrico e Hemodinâmica

O local de acesso dos pacientes (zona de transferência) a essas unidades deve ser provido de barreira física que impeça a entrada de macas de pacientes e permita a saída dessas.

B.2. Nas unidades de processamento de roupas, nutrição e dietética, banco de leite humano e central de esterilização de material, os materiais devem obrigatoriamente, seguir determinados fluxos e, portanto os ambientes destas unidades devem se adequar a estes fluxos. *(Redação dada pela Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 918, de 19/09/2024)*

São eles:

B.2.1- Processamento de Roupas:

Recepção @classificação / pesagem @lavagem / centrifugação @seleção (relavagem ou conserto se for o caso) @secagem / calandragem @passagem / prensagem @seleção para costura (conserto e relavagem ou baixa, se for o caso) @ dobragem @preparo de pacotes@armazenamento e distribuição.

Obs. As quatro primeiras atividades (recebimento, classificação, pesagem, lavagem) são consideradas "suja" e portanto devem ser, obrigatoriamente, realizadas em ambientes próprios e exclusivos e com paramentação adequada.

B.2.2- Nutrição e Dietética.

A. Lactário:

Preparo

Preparo de fórmulas lácteas e não lácteas @envase de mamadeiras @esterilização terminal de mamadeiras (opcional) @distribuição.

Limpeza

Recebimento relavagem (enxaguar, escovar e lavar), desinfecção de alto nível de utensílios. *(Redação dada pela RESOLUÇÃO - RDC Nº 307, DE 14 DE NOVEMBRO DE 2002)*

Obs: A atividade de preparo deve estar obrigatoriamente em ambiente distinto ao de recepção e lavagem e requer paramentação. Entretanto, deve permitir a passagem direta das mamadeiras entre estes ambientes através de guichê ou similar.

B. Nutrição Enteral

Preparo

Recebimento de prescrições @cozimento e/ou preparo de materiais "in natura" (quando houver) @manipulação de NE @envase de recipientes @dispensação.

Limpeza

Recebimento de materiais e insumos@ limpeza e higienização de insumos

Obs: A atividade de manipulação deve estar obrigatoriamente em ambiente distinto ao de limpeza e higienização de insumos e de preparo de alimentos "in natura" e requer paramentação. Entretanto, deve permitir a passagem direta dos recipientes entre estes ambientes através de guichê ou similar e entre a sala de manipulação e dispensação.

B.2.3. Esterilização de material. *(Redação dada pela Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 918, de 19/09/2024)*

Recebimento de roupa limpa / material @descontaminação de material @separação e lavagem de material @preparo de roupas e material @esterilização @aeração (quando for o caso) @guarda e distribuição.

Obs: As atividades de recebimento, descontaminação, lavagem e separação de materiais são consideradas "suja" e portanto devem ser, obrigatoriamente, realizadas em ambiente(s) próprio(s) e exclusivo(s), e com paramentação adequada com a colocação dos seguintes EPIs: avental plástico, botas, óculos e luvas (não cirúrgica). Entretanto, deve permitir a passagem direta dos materiais entre este(s) ambiente(s) e os demais ambientes "limpos" através de guichê ou similar.

B.2.4. Banco de leite humano. *(Redação dada pela Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 918, de 19/09/2024)*

- Higiene pessoal

- recebimento ou coleta do leite humano ordenhado

- estocagem de LHOC

- degelo

- seleção
- classificação
- reenvase
- pasteurização
- liofilização (quando houver)
- controle de qualidade
- estocagem de LHOP
- distribuição
- porcionamento (quando houver).

B.3 Distribuição de água

Os reservatórios destinados à água potável devem ser duplos para permitir o uso de um enquanto o outro estiver interditado para reparos ou limpeza.

Deve-se prover a rede de água do EAS, quando sujeita a refluxo, de meios de prevenção contra ocorrência de pressão negativa em ramais que abastecem mangueiras, bacias sanitárias, e outras fontes de contaminação por água.

B.4 Colocação de Lavatórios/pias/lavabos cirúrgicos

Para lavagem das mãos existem três tipos básicos de equipamentos que são classificados como:

- Lavatório - exclusivo para a lavagem das mãos. Possui pouca profundidade e formatos e dimensões variadas. Pode estar inserido em bancadas ou não;
- Pia de lavagem - destinada preferencialmente à lavagem de utensílios podendo ser também usada para a lavagem das mãos. Possui profundidade variada, formato retangular ou quadrado e dimensões variadas. Sempre está inserida em bancadas;
- Lavabo cirúrgico - exclusivo para o preparo cirúrgico das mãos e antebraço. Deve possuir profundidade suficiente que permita a lavagem do antebraço sem que o mesmo toque no equipamento. Lavabos com uma única torneira devem ter dimensões mínimas iguais a 50 cm de largura, 100 cm de comprimento e 50 cm de profundidade. A cada nova torneira inserida deve-se acrescentar 80 cm ao comprimento da peça. Para lavagem de fístulas na diálise, o lavabo deve seguir estas especificações.

Sempre que houver paciente (acamado ou não), examinado, manipulado, tocado, medicado ou tratado, é obrigatória a provisão de recursos para a lavagem de mãos através de lavatórios ou pias para uso da equipe de assistência. Nos locais de manuseio de insumos, amostras, medicamentos, alimentos, também é obrigatória a instalação de pias / lavatórios.

Esses lavatórios/pias/lavabos cirúrgicos devem possuir torneiras ou comandos do tipo que dispensem o contato das mãos quando do fechamento da água. Junto a estes deve existir provisão de sabão líquido degermante, além de recursos para secagem das mãos. Para os ambientes que executem procedimentos invasivos, cuidados a pacientes críticos e/ou que a equipe de assistência tenha contato direto com feridas e/ou dispositivos invasivos tais como cateteres e drenos, deve existir, além do sabão citado, provisão de anti-séptico junto as torneiras de lavagem das mãos. Nos lavabos cirúrgicos a torneira não pode ser do tipo de pressão com temporizador.

B.4.1 Compartimentos Destinados à Internação de Pacientes Adultos e Infantis

Cada quarto ou enfermaria de internação deve ser provido de banheiro exclusivo, além de um lavatório/pia para uso da equipe de assistência em uma área anterior a entrada do quarto/enfermaria ou mesmo no interior desses, fora do banheiro. Um lavatório/pia externo ao quarto ou enfermaria pode servir a no máximo 4 (quatro) quartos ou 2 (duas) enfermarias.

Na UTI deve existir um lavatório a cada 5 (cinco) leitos de não isolamento e no berçário 1 (um) lavatório a cada 4 (quatro) berços (intensivos ou não).

B.4.2. Compartimentos destinados ao, preparo e cocção de alimentos e manipulação do leite humano ordenhado. *(Redação dada pela Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 918, de 19/09/2024)*

B.4.3 Compartimentos Destinados à Realização de Procedimentos Cirúrgicos, Hemodinâmicos e Partos Cirúrgicos

Os lavabos ou cochos para lavagem cirúrgica devem localizar-se em ambiente anterior aos compartimentos destinados às atividades descritas.

B.4.4 Compartimentos Destinados à Realização de Procedimentos de Reabilitação e Coleta Laboratorial

A cada 6 (seis) boxes deve existir um lavatório em local anexo a esses boxes e no mínimo um lavatório no salão de ginásio e mecanoterapias.

B.4.5 Salas de Tratamento Hemodialítico

Dentro das próprias salas ou em ambiente de fácil acesso deve(m) existir lavabo(s) exclusivo(s) para uso de pacientes na limpeza e higienização de fístulas.

B.4.6 Compartimento Destinados ao Processamento de Roupas

Tanto na área "suja" (banheiro), quanto na área "limpa", é obrigatório a instalação de um lavatórios para uso da equipe profissional.

B.4.7 Salas de Exames e de Terapia não Citadas nos Itens B.4.1 a B.4.6

Dentro das próprias salas ou em ambiente anexo de fácil acesso deve(m) existir lavatório(s) exclusivo(s) para uso da equipe de assistência.

B.4.8 Consultórios e Salas de Exames de Emergência e Urgência

Deve(m) existir lavatório(s) exclusivo(s) para uso da equipe de assistência dentro dos próprios ambientes. Caso exista um sanitário ou banheiro dentro do consultório/sala, fica dispensada a existência de lavatório extra. Consultórios exclusivos para atividades não médicas não necessitam desses lavatórios.

B.5 Ralos (esgotos)

Todas as áreas "molhadas" do EAS devem ter fechos hídricos (sifões) e tampa com fechamento escamoteável. É proibida a instalação de ralos em todos os ambientes onde os pacientes são examinados ou tratados.

B.6 Localização das Salas de Utilidades

As salas de utilidades devem ser projetadas de tal forma que possam, sem afetar ou interferir com outras áreas ou circulações, receber material contaminado da unidade onde se encontra, receber o despejo de resíduos líquidos contaminados, além de abrigar roupa suja e opcionalmente resíduo sólido (caso não exista sala específica para esse fim), a serem encaminhados a lavanderia e ao abrigo de resíduos sólidos. A sala deve possuir sempre, no mínimo, uma pia de despejo e uma pia de lavagem comum.

B.7 Biossegurança em Laboratórios

Conjunto de práticas, equipamentos e instalações voltadas para a prevenção, minimização ou eliminação de riscos inerentes às atividades de prestação de serviços, pesquisas, produção e ensino, visando a saúde dos homens, a preservação do ambiente e a qualidade dos resultados.

B.7.1 Níveis de Biossegurança

Existem quatro níveis de biossegurança, NB-1, NB-2, NB-3 e NB-4, crescentes no maior grau de contenção e complexidade do nível de proteção, que consistem de combinações de práticas e técnicas de laboratório e barreiras primárias e secundárias de um laboratório.

O responsável técnico pelo laboratório é o responsável pela avaliação dos riscos e pela aplicação adequada dos níveis de biossegurança aqui descritos, em função dos tipos de agentes e das atividades a serem realizadas. Poderão ser adotadas práticas mais ou menos rígidas quando existir informação específica disponível que possa sugerir a virulência, a patogenicidade, os padrões de resistência a antibióticos, a vacina e a disponibilidade de tratamento, ou outros fatores significativamente alterados.

B.7.1.1 Nível de Biossegurança 1 - NB-1

"O nível de Biossegurança 1 representa um nível básico de contenção que se baseia nas práticas padrões de microbiologia sem uma indicação de barreiras primárias ou secundárias, com exceção de uma pia para a higienização das mãos.

As práticas, o equipamento de segurança e o projeto das instalações são apropriados para o treinamento educacional secundário ou para o treinamento de técnicos, e de professores de técnicas laboratoriais. Este conjunto também é utilizado em outros laboratórios onde o trabalho, com cepas definidas e caracterizadas de microrganismos viáveis e conhecidos por não causarem doenças em homens adultos e saudáveis, é realizado. O *Bacillus subtilis*, o *Naegleria gruberi*, o vírus da hepatite canina infecciosa e organismos livres sob as Diretrizes do NIH de DNA Recombinantes são exemplos de microrganismos que preenchem todos estes requisitos descritos acima. Muitos agentes que geralmente não estão associados a processos patológicos em homens são, entretanto, patógenos oportunos e que podem causar uma infecção em jovens, idosos e indivíduos imunossupressivos ou imunodeprimidos. As cepas de vacina que tenham passado por múltiplas passagens in vivo não deverão ser consideradas não virulentas simplesmente por serem cepas de vacinas" 1.

B.7.1.2 Nível de Biossegurança 2 - NB-2

"As práticas, os equipamentos, o projeto e a construção são aplicáveis aos laboratórios clínicos, de diagnóstico, laboratórios escolas e outros laboratórios onde o trabalho é realizado com um maior espectro de agente nativos de risco moderado presentes na comunidade e que estejam associados a uma patologia humana de gravidade variável. Com boas técnicas de microbiologia, esses agentes podem ser usados de maneira segura em atividades conduzidas sobre uma bancada aberta, uma vez que o potencial para a produção de borrifos e aerossóis é baixo. O vírus da hepatite B, o HIV, a salmonela e o *Toxoplasma* spp. são exemplos de microrganismos designados para este nível de contenção. O nível de Biossegurança 2 é adequado para qualquer trabalho que envolva sangue humano, líquidos corporais, tecidos ou linhas de células humanas primárias onde a presença de um agente infeccioso pode ser desconhecido.

Embora os organismos rotineiramente manipulados em um Nível de Biossegurança 2 não sejam transmitidos através de aerossóis, os procedimentos envolvendo um alto potencial para a produção de salpicos ou aerossóis que possam aumentar o risco de exposição destes funcionários devem ser conduzidos com um equipamento de contenção primária ou com dispositivos como a CSB ou os copos de segurança da centrífuga. Outras barreiras primárias, como os escudos para borrifos, proteção facial, aventais e luvas devem ser utilizados.

As barreiras secundárias como pias para higienização das mãos e instalações para descontaminação de lixo devem existir com o objetivo de reduzir a contaminação potencial do meio ambiente"¹.

B.7.1.3 Nível de Biossegurança 3 - NB-3

"As práticas, o equipamento de segurança, o planejamento e construção das dependências são aplicáveis para laboratórios clínicos, de diagnósticos, laboratório escola, de pesquisa ou de produções. Nestes locais realiza-se o trabalho com agentes nativos ou exóticos que possuam um potencial de transmissão via respiratória e que podem causar infecções sérias e potencialmente fatais. O *Mycobacterium tuberculosis*, o vírus da encefalite de St. Louis e a *Coxiella burnetii* são exemplos de microrganismos determinados para este nível. Os riscos primários causados aos trabalhadores que lidam com estes agentes incluem a auto-inoculação, a ingestão e a exposição aos aerossóis infecciosos.

No Nível de Biossegurança 3, enfatizamos mais as barreiras primárias e secundárias para protegermos os funcionários de áreas contíguas, a comunidade e o meio ambiente contra a exposição aos aerossóis potencialmente infecciosos. Por exemplo, todas as manipulações laboratoriais deverão ser realizadas em uma CSB (Cabine de Segurança Biológica) ou em um outro equipamento de contenção como uma câmara hermética de geração de aerossóis. As barreiras secundárias para esse nível incluem o acesso controlado ao laboratório e sistemas de ventilação que minimizam a liberação de aerossóis infecciosos do laboratório"¹.

B.7.1.4 Nível de Biossegurança 4 - NB-4

"As práticas, o equipamento de segurança, o planejamento e construção das dependências são aplicáveis para trabalhos que envolvam agentes exóticos perigosos que representam um alto risco por provocarem doenças fatais em indivíduos. Estes agentes podem ser transmitidos via aerossóis e até o momento não há nenhuma vacina ou terapia disponível. Os agentes que possuem uma relação antigênica próxima ou idêntica aos dos agentes do Nível de Biossegurança 4 também deverão ser manuseados neste nível. Quando possuímos dados suficientes, o trabalho com esses agentes deve continuar neste nível ou em um nível inferior. Os vírus como os de Marburg ou da febre hemorrágica Criméia - Congo são manipulados no Nível de Biossegurança 4.

Os riscos primários aos trabalhadores que manuseiam agentes do Nível de Biossegurança 4 incluem a exposição respiratória aos aerossóis infecciosos, exposição da membrana mucosa e/ou da pele lesionada as gotículas infecciosas e a auto-inoculação. Todas as manipulações de materiais de diagnóstico potencialmente infecciosos, substâncias isoladas e animais naturalmente ou experimentalmente infectados apresentam um alto risco de exposição e infecção aos funcionários de laboratório, à comunidade e ao meio ambiente.

O completo isolamento dos trabalhadores de laboratórios em relação aos materiais infecciosos aerossolizados é realizado primariamente em cabines de segurança biológica Classe III ou com um macacão individual suprido com pressão de ar positivo. A instalação do Nível de Biossegurança 4 é geralmente construída em um prédio separado ou em uma zona completamente isolada com uma complexa e especializada ventilação e sistemas de gerenciamento de lixo que evitem uma liberação de agentes viáveis no meio ambiente"¹.

A seguir é apresentado um quadro resumo dos níveis de biossegurança recomendados para agentes infecciosos, segundo orientação contida na publicação do CDC- Centro de Prevenção e Controle de Doenças do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA, Biossegurança em Laboratórios Biomédicos e de Microbiologia, traduzida pelo Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde. Maiores detalhes devem ser consultados nesta mesma publicação ou definidos de acordo com a especificidade da situação, em consonância com as diretrizes gerais definidas neste regulamento.

NB	AGENTES	PRÁTICAS	EQUIPAMENTO DE SEGURANÇA	INSTALAÇÕES (Barreiras Secundárias)
1	Que não são conhecidos por causarem doenças em adultos saudáveis.	Práticas Padrões de microbiologia	Não são necessários	Bancadas abertas com pias próximas.
2	Associados com doenças humanas, risco > lesão percutânea, ingestão, exposição da membrana mucosa.	Prática de NB-1 mais: - Acesso limitado - Aviso de Risco Biológico - Precauções com objetos perfurocortantes. - Manual de Biossegurança que defina qualquer descontaminação de dejetos ou normas de vigilância médica.	Barreiras Primárias > Cabines de Classe I ou II ou outros dispositivos de contenção física usados para todas as manipulações de agentes que provoquem aerossóis ou vazamento de materiais infecciosos; Procedimentos Especiais como o uso de aventais, luvas, proteção para o rosto como necessário.	NB-1 mais: Autoclave disponível.
3	Agentes exóticos com potencial para transmissão via aerossol; a doença pode ter consequências sérias ou até fatais.	Práticas de NB-2 mais: - Acesso controlado - Descontaminação de todo o lixo - Descontaminação da roupa usada no laboratório antes de ser lavada. - Amostra sorológica	Barreiras Primárias > Cabines de Classe I ou II ou outros dispositivos de contenção usados para todas as manipulações abertas de agentes; Uso de aventais, luvas, proteção respiratória quando necessária.	NB-2 mais: - Separação física dos corredores de acesso. - Portas de acesso dupla com fechamento automático. - Ar de exaustão não recirculante. - Fluxo de ar negativo dentro do laboratório.
4	Agentes exóticos ou perigosos que impõem um alto risco de doenças que ameaçam a vida, infecções laboratoriais transmitidas via aerossol; ou relacionadas a agentes com risco desconhecido de transmissão	NB-3 mais: - Mudança de roupa antes de entrar. - Banho de ducha na saída. - Todo o material descontaminado na saída das instalações.	Barreiras Primárias > Todos os procedimentos conduzidos em cabines de Classe III ou Classe I ou II juntamente com macacão de pressão positiva com suprimento de ar.	NB-3 mais: - Edifício separado ou área isolada. - Sistemas de abastecimento e escape, a vácuo, e de descontaminação. - Outros requisitos sublinhados no texto.

Fonte: CDC - CENTRO DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS.

Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA. Biossegurança em Laboratórios Biomédicos e de Microbiologia. 4ª edição. Washington. EUA. 1999. Tradução: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Brasília, DF. 2000.

B.7.2 Barreiras de Contenção Biológica

De acordo com o nível de biossegurança exigido, são definidos os requisitos recomendados e obrigatórios que se classificam em barreiras de contenção primárias e secundárias.

B.7.2.1 Barreiras Primárias - Equipamentos de Segurança

São considerados como barreiras primárias as cabines de segurança biológica (CSB) ou outros equipamentos projetados para remover ou minimizar exposições aos materiais biológicos perigosos.

"A cabine de segurança biológica (CSB) é o dispositivo principal utilizado para proporcionar a contenção de borrifos ou aerossóis infecciosos provocados por inúmeros procedimentos microbiológicos. Três tipos de cabines de segurança biológica (Classe I, II e III) usadas em laboratórios de microbiologia estão descritas no quadro abaixo - Comparações das CSB. As cabines de segurança biológica Classe I e II, que possuem a frente aberta, são barreiras primárias que oferecem níveis significativos de proteção para a equipe do laboratório e para o meio ambiente quando utilizadas com boas técnicas microbiológicas"¹. As cabines de segurança biológica Classe II subdividem-se ainda segundo o padrão de fluxo do ar em A, B1, B2 e B3 (ver tabela a seguir). Fornecem uma proteção contra a contaminação externa de materiais (por exemplo, cultura de células, estoque microbiológico) que serão manipulados dentro das cabines. "A cabine de segurança biológica Classe III hermética e impermeável aos gases proporciona o mais alto nível de proteção aos funcionários e ao meio ambiente"¹

Equipamentos de segurança são também os EPIs descritos no item B.1.

COMPARAÇÃO DAS CABINES DE SEGURANÇA BIOLÓGICA

Tipo	Velocidade Frontal	Padrões de Fluxo do Ar	Radionuclédeos Subs. Químicas	Níveis de Biossegurança	Proteção do Produto
Classe I com a frente aberta	75	Frontal; atrás e acima através do filtro HEPA	Não	2,3	Não
Classe II Tipo A	75	70% de ar recirculado através do HEPA; exaustão através do HEPA	Não	2,3	Sim
Tipo B1	100	30% de ar recirculado através do HEPA; exaustão de ar via HEPA e dutos	Sim (níveis baixo/volatilidade)	2,3	Sim
Tipo B2	100	Nenhuma recirculado do ar; Total exaustão de ar via HEPA e dutos	Sim	2,3	Sim
Tipo B3	100	Idêntica às cabines II A, mas o sistema de ventilação plena sob pressão negativa para sala e exaustão através de dutos	Sim	2,3	Sim
Classe III	NA	Entradas e saída do ar através do filtro HEPA 2	Sim	3,4	Sim

* Os comparatimentos para as luvas poderão ser acrescentados e aumentarão a velocidade frontal para 150 ifpm; as luvas podem ser adicionadas com a liberação da pressão da entrada de ar que permitirá o trabalho com radionuclídeos/químicos

Fonte: CDC- CENTRO DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS. Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA. Biossegurança em Laboratórios Biomédicos e de Microbiologia. 4ª edição. Washington. EUA. 1999. Tradução: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Brasília, DF. 2000.

B.7.2.2 Barreiras Secundárias

Entende-se como Barreiras Secundárias algumas soluções físicas presentes nos ambientes devidamente previstas nos projetos de arquitetura e de instalações prediais, e construídas de forma a contribuírem para a proteção da equipe do estabelecimento de saúde, proporcionando uma barreira de proteção para as pessoas que se encontram fora do laboratório contra agentes infecciosos que podem ser liberados acidentalmente pelo ambiente.

As barreiras secundárias recomendadas dependerão do risco de transmissão dos agentes específicos.

"Quando o risco de contaminação através da exposição aos aerossóis infecciosos estiver presente, níveis mais elevados de contenção primária e barreiras de proteção secundárias poderão ser necessários para evitar que agentes infecciosos escapem para o meio ambiente. Estas características do projeto incluem sistemas de ventilação especializados em assegurar o fluxo de ar unidirecionado, sistemas de tratamento de ar para a descontaminação ou remoção do ar liberado, zonas de acesso controlado, câmaras pressurizadas como entradas de laboratório, separados ou módulos para isolamento do laboratório"¹. Vide capítulo 7, item 7.5 - Instalação de Climatização.

C. PROJETO EXECUTIVO

C.1 Acabamentos de Paredes, Pisos, Tetos e Bancadas

Os requisitos de limpeza e sanitização de pisos, paredes, tetos, pias e bancadas devem seguir as normas contidas no manual Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde 2ª edição, Ministério da Saúde / Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar. Brasília-DF, 1994 ou o que vier a substituí-lo.

Os materiais adequados para o revestimento de paredes, pisos e tetos de ambientes de áreas críticas e semicríticas devem ser resistentes à lavagem e ao uso de desinfetantes, conforme preconizado no manual anteriormente citado.

Devem ser sempre priorizados para as áreas críticas e mesmo nas áreas semicríticas, materiais de acabamento que tornem as superfícies monolíticas, com o menor número possível de ranhuras ou frestas, mesmo após o uso e limpeza frequente.

Os materiais, cerâmicos ou não, quando usados nas áreas críticas, não podem possuir índice de absorção de água superior a 4% individualmente ou depois de instalados no ambiente, além do que, o rejunte de suas peças, quando existir, também deve ser de material com esse mesmo índice de absorção. O uso de cimento sem qualquer aditivo antiabsorvente para rejunte de peças cerâmicas ou similares, é vedado tanto nas paredes quanto nos pisos das áreas críticas.

As tintas elaboradas a base de epoxi, PVC, poliuretano ou outras destinadas a áreas molhadas, podem ser utilizadas nas áreas críticas tanto nas paredes, tetos quanto nos pisos, desde que sejam resistentes à lavagem, ao uso de desinfetantes e não sejam aplicadas com pincel. Quando utilizadas no piso, devem resistir também a abrasão e impactos a que serão submetidas.

O uso de divisórias removíveis nas áreas críticas não é permitido, entretanto paredes pré- fabricadas podem ser usadas, desde que quando instaladas tenham acabamento monolítico, ou seja, não possuam ranhuras ou perfis estruturais aparentes e sejam resistentes à lavagem e ao uso de desinfetantes, conforme preconizado no manual citado no primeiro parágrafo desse item. Nas áreas semicríticas as divisórias só podem ser utilizadas se forem, também, resistentes ao uso de desinfetantes e a lavagem com água e sabão, conforme preconizado no manual citado no primeiro parágrafo desse item.

Nas áreas críticas e semicríticas não deve haver tubulações aparentes nas paredes e tetos. Quando estas não forem embutidas, devem ser protegidas em toda sua extensão por um material resistente a impactos, a lavagem e ao uso de desinfetantes.

C.2 Rodapés

A execução da junção entre o rodapé e o piso deve ser de tal forma que permita a completa limpeza do canto formado. Rodapés com arredondamento acentuado, além de serem de difícil execução ou mesmo impróprios para diversos tipos de materiais utilizados para acabamento de pisos, pois não permitem o arredondamento, em nada facilitam o processo de limpeza do local, quer seja ele feito por enceradeiras ou mesmo por rodos ou vassouras envolvidos por panos.

Especial atenção deve ser dada a união do rodapé com a parede de modo que os dois estejam alinhados, evitando-se o tradicional ressalto do rodapé que permite o acúmulo de pó e é de difícil limpeza.

C.3 Forros

Os tetos em áreas críticas (especialmente nos salas destinados à realização de procedimentos cirúrgicos ou similares) devem ser contínuos, sendo proibido o uso de forros falsos removíveis, do tipo que interfira na assepsia dos ambientes. Nas demais se pode utilizar forro removível, inclusive por razões ligadas à manutenção, desde que nas áreas semicríticas esses sejam resistentes aos processos de limpeza, descontaminação e desinfecção estabelecidos no item C1.

C.4 Banheiras "Terapêuticas"

Devem ser construídas de modo a impedir permanência de águas residuais quando esgotadas.

C.5 Elevadores, Monta-Cargas e Tubulões

Nos elevadores e monta-cargas são necessários vestíbulos nos acessos aos primeiros, e antecâmaras nos acessos aos outros, que permita espaço suficiente para entrada completa dos carros de coleta.

Toda tubulação usada para o transporte de roupa suja tem que possuir mecanismos de lavagem próprios, antecâmaras de acesso com portas, tubo de ventilação paralelo ligado em intervalos ao tubulão e área de recepção exclusiva da roupa suja, com ralo sifonado para captação da água oriunda da limpeza do tubulão. O tubulão deve ser de material resistente ao uso de desinfetantes e a lavagem com água e sabão, anticorrosivo e com no mínimo 60 cm de diâmetro. Deve ainda possuir na saída, mecanismos ou desenho que amortecia o impacto dos sacos contendo as roupas.

É proibida a utilização de tubulões ou tubos pneumáticos para o transporte de resíduos de serviços de saúde. *(Incluído pela RESOLUÇÃO - RDC Nº 307, DE 14 DE NOVEMBRO DE 2002)*

C.6 Bidês

É proibida a instalação de bidês nos EAS. Todos os banheiros e sanitários de pacientes internados têm de possuir duchas higiênicas.

C.7 Renovação de Ar em Áreas Críticas

Todas as entradas de ar externas devem ser localizadas o mais alto possível em relação ao nível do piso e devem ficar afastadas das saídas de ar

dos incineradores e das chaminés das caldeiras. Vide Capítulo 7 - Instalações Prediais Ordinárias e Especiais, item 7.5.

C.8 Animais sinantrópicos

Devem ser adotadas medidas para evitar a entrada de animais sinantrópicos nos ambientes do EAS, principalmente quando se tratar de regiões onde há incidência acentuada de mosquitos, por exemplo.

C.9 Tubulações de instalações prediais

Nas áreas críticas e semicríticas todas tubulações devem ser embutidas ou protegidas, de tal forma que permita a perfeita higienização da superfície que as recobre sem por em risco a integridade da tubulação. Tubulações de água tratada para hemodiálise de ser protegidas e acessíveis para manutenção. *(Incluído pela RESOLUÇÃO - RDC Nº 307, DE 14 DE NOVEMBRO DE 2002)*

7. INSTALAÇÕES PREDIAIS ORDINÁRIAS E ESPECIAIS

O capítulo apresenta as normas a respeito de instalações ordinárias e especiais¹ de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde, a saber 2:

Instalações hidro-sanitárias (H)

Água fria (HF)

Água quente (HQ)

Esgoto sanitário (HE)

Instalações elétrica e eletrônica (I)⁴

Elétrica (IE)

Sinalização de enfermagem (IS)

Instalação de proteção contra descarga elétrica (P)

Instalações fluído-mecânicas (F)

Vapor e condensado (FV)

Gás combustível (FG)

Oxigênio medicinal (FO)

Ar comprimido (FA)

Ar comprimido Medicinal

Ar comprimido Industrial

Ar comprimido Sintético

Vácuo (FV)

Vácuo clínico

Vácuo de limpeza

Óxido nitroso (FN)

Instalação de climatização (IC)

Ar Condicionado (AC)

Ventilação (V)

Exaustão (E)

GENERALIDADES

É proibida a instalação de tubulações em poços de elevadores.

As tubulações devem ser identificadas de acordo com a sua utilização conforme norma da ABNT NBR 6493 - Emprego de cores fundamentais para tubulações industriais.

7.1. INSTALAÇÕES HIDRO-SANITÁRIAS (H)

7.1.1. Água Fria (HF)

Nos casos não descritos nesta resolução, são adotadas como complementares as seguintes normas: ABNT, NBR 5626 - Instalação Predial de Água Fria e Portaria n.º 82 de 03/02/00 do Ministério da Saúde, publicada no DOU de 08/02/00 sobre funcionamento dos serviços de terapia renal substitutiva. *(Redação dada pela RESOLUÇÃO - RDC Nº 307, DE 14 DE NOVEMBRO DE 2002)*

- CONSUMO

As diversas unidades funcionais do EAS demandam água fria de forma diferenciada, portanto, o cálculo do consumo total necessário ao dimensionamento do(s) reservatório(s) só é possível a partir do cálculo dos consumos parciais das unidades.⁴

As bases de cálculo do dimensionamento são:

. População;

. Determinadas atividades.

No que se refere à população interessa o seguinte:

. Paciente interno - permanece 24 hs no EAS e consome para a sua higienização, portanto, o correspondente ao residente em hotel ou alojamento (excluindo cozinha e lavanderia), ou seja, 120 l / dia;

. Paciente externo, doador e público - permanecem poucas horas no E.A.S. e consome para a sua higienização, estimando-se cerca de 10 l / dia;

. Funcionário e aluno - permanece o turno de trabalho, no EAS e consome para higienização, portanto, o correspondente ao consumo de atividades comerciais, 50 l / dia.

Acrescenta-se ao consumo acima, àquele de determinadas atividades, proporcionalmente marcantes no total de consumo do E.A.S., a saber:

- a) Reabilitação (hidroterapia) - correspondente ao consumo das instalações e equipamentos: piscina, tanque de turbilhão, tanque de Hubbard, tanque de gelo, etc.;
- b) Diálise - 180 l por equipamento de hemodiálise em uso/turno. Reservatório de água especialmente tratada para diálise: capacidade mínima de 20 l por equipamento de hemodiálise em uso;
- c) Laboratórios;
- d) Cozinha - para preparo e cocção dos alimentos, lavagem de panelas e utensílios, louças, bandejas, talheres e carrinhos. No caso da cozinha tradicional, estima-se o consumo em 25l/refeição;
- e) Lactário e nutrição enteral;
- f) Central de material esterilizado;
- g) Lavanderia - a base de cálculo é a quantidade de roupa:

- observação atendimento imediato: 6kg/paciente dia;
- internações clínicas médicas, cirúrgicas e pediátricas: 4kg/paciente dia;
- internação clínica obstétrica: 6kg/paciente dia;
- internação clínica especializada: variável;
- internação intensiva: 6kg/paciente dia;

Estima-se entre 25 e 30 l de água para cada quilo de roupa seca;

h) Limpeza e zeladoria.

- RESERVATÓRIO

Calculado o consumo diário do EAS, a reserva de água fria, no caso de abastecimento a partir de rede pública, deve ter autonomia mínima de dois dias ou mais, em função da confiabilidade do sistema.

O reservatório deve possuir no mínimo dois compartimentos, de modo a permitir as operações de limpeza e manutenção.

7.1.2. - Água Quente (HQ)

Nos casos não descritos nesta resolução, é adotada como complementar a norma da ABNT, NBR 7198 - Projeto e execução de instalações prediais de água quente. (Redação dada pela RESOLUÇÃO - RDC Nº 307, DE 14 DE NOVEMBRO DE 2002)

CONSUMO

A exemplo da água fria, o consumo de água quente é diferenciado para as diversas unidades funcionais do EAS e as bases para seu cálculo são a população e determinadas atividades.

O consumo de água quente pela população refere-se à higienização e, portanto, é função do nível de conforto das instalações e do clima. Considerando como condições mínimas de conforto o uso pessoal em banho, a população consumidora se restringe ao paciente interno, acompanhante, funcionário e aluno. Finalmente o consumo médio de água quente por banho é de ordem de 30 l a 60°C.

No que se refere às atividades, tem de se considerar, no cálculo de consumo, as unidades (caso existam):

- a) Reabilitação (hidroterapia);
- b) Cozinha - é o consumo para preparo e cocção de alimentos, e lavagem de utensílios estimado em 12 l a 60° C por refeição;
- c) Lactário e nutrição enteral
- d) Central de material esterilizado;
- e) Lavanderia - a base de cálculo é a quantidade de roupa, ou seja, 15 l a 74° C por cada quilo de roupa seca;
- f) Limpeza e zeladoria.

7.1.3. Esgoto Sanitário (HE)

Nos casos não descritos nesta resolução, são adotadas como complementares as seguintes normas:

ABNT, NBR 8160 - Sistemas prediais de esgoto sanitário - projeto e execução; (Redação dada pela RESOLUÇÃO - RDC Nº 307, DE 14 DE NOVEMBRO DE 2002)

NBR 7229 - Projeto, construção e operação de sistemas de tanques sépticos; (Redação dada pela RESOLUÇÃO - RDC Nº 307, DE 14 DE NOVEMBRO DE 2002)

NBR 13.969 - Tanques sépticos - Unidades de tratamento complementar e disposição final dos efluentes líquidos - Projeto, construção e operação; (Incluído pela RESOLUÇÃO - RDC Nº 307, DE 14 DE NOVEMBRO DE 2002)

CNEN NE - 6.05 - Gerência de rejeitos, radioativos em instalações radioativas;

CNEN NE - 3.05 - Requisitos de radiação e segurança para serviços de medicina nuclear.

CAIXAS DE SEPARAÇÃO

As instalações de esgoto sanitário do EAS devem dispor, além das caixas de separação de materiais usuais, daquelas específicas para os rejeitos das atividades desenvolvidas, a saber:

.Caixa de separação de material químico em atividade - laboratório (deve ser observada a natureza do elemento químico e o quantitativo de uso desse para definição da necessidade ou não de instalação da caixa);

. Caixa de gordura - unidade de nutrição e dietética, lactário e nutrição enteral;

- . Caixa de separação de produto de lavagem - unidade de processamento de roupa;
- . Caixa de separação de gesso - sala de gesso;
- . Caixa de separação de fixadores e reveladores - laboratório para revelação de filmes e chapas a depender do equipamento utilizado;
- . Caixa de separação de graxa - oficina de manutenção;
- . Caixa de separação para os efluentes de lavadores de gás de chaminés de caldeiras.

LANÇAMENTO EXTERNO

Caso a região onde o EAS estiver localizado tenha rede pública de coleta e tratamento de esgoto, todo o esgoto resultante desse pode ser lançado nessa rede sem qualquer tratamento.

Não havendo rede de coleta e tratamento, todo esgoto terá que receber tratamento antes de ser lançado em rios, lagos, etc. (se for o caso).

7.2. Instalações Elétricas e Eletrônicas (I)

Nos casos não descritos nesta resolução, são adotadas como complementares as seguintes normas:

ABNT NBR 13.534 - Instalações de elétrica em estabelecimentos assistenciais de saúde - requisitos de segurança, exceto a tabela B3 - Classificação dos locais, substituída pela listagem apresentada no item 7.2.1;

ABNT NBR 5413 - Iluminância de interiores.

7.2.1. Elétrica (IE)

CONSUMO

A estimativa do consumo de energia elétrica só é possível a partir da definição das atividades e equipamentos a serem utilizados.

No caso de existir a necessidade de transformadores exclusivos para o EAS esses devem ser, no mínimo, em número de 2 (dois), cada um com capacidade de no mínimo metade da carga prevista para a edificação.

SISTEMAS DE EMERGÊNCIA

Nos EAS existem diversos equipamentos eletro-eletrônicos de vital importância na sustentação de vida dos pacientes, quer por ação terapêutica quer pela monitoração de parâmetros fisiológicos. Outro fato a ser considerado diz respeito à classificação da norma NBR 5410 quanto à fuga de pessoas em situações de emergência, enquadrando essas instalações como BD 4 (fuga longa e incômoda). Em razão das questões acima descritas, estas instalações requerem um sistema de alimentação de emergência capaz de fornecer energia elétrica no caso de interrupções por parte da companhia de distribuição ou quedas superiores a 10% do valor nominal, por um tempo superior a 3s.

A NBR 13.534 divide as instalações de emergência em 3 classes, de acordo com o tempo de restabelecimento da alimentação. São elas:

Classe 0.5: Trata-se de uma fonte capaz de assumir automaticamente o suprimento de energia em no máximo 0,5 s e mantê-la por no mínimo 1 h. Essa classe destina-se à alimentação de luminárias cirúrgicas.

Classe 15: Equipamentos eletro-médicos utilizados em procedimentos cirúrgicos, sustentação de vida (p. ex. equipamentos de ventilação mecânica) e aqueles integrados ao suprimento de gases devem ter sua alimentação chaveada automaticamente para a fonte de emergência em no máximo 15 s, quando a rede elétrica acusar queda superior a 10% do valor nominal por um período superior a 3 s devendo garantir o suprimento por 24 horas.

Classe > 15: Equipamentos eletro-eletrônicos não ligados diretamente a pacientes, como por exemplo, equipamentos de lavanderia, esterilização de materiais e sistemas de descarte de resíduos, admitem um chaveamento automático ou manual para a fonte de emergência em um período superior a 15 s, devendo garantir o suprimento por no mínimo 24 h.

Essa mesma norma classifica as instalações quanto ao nível de segurança elétrica e garantia de manutenção de serviços, dividindo-a em 3 grupos, conforme a atividade realizada no ambiente. São eles:

Grupo 0:

Tipo de equipamento eletromédico: sem parte aplicada.

Grupo 1

Tipo de equipamento eletromédico:

a) parte aplicada externa;

b) parte aplicada a fluidos corporais, porém não aplicada ao coração.

Grupo 2

Tipo de equipamento eletromédico: parte aplicada ao coração. Adicionalmente equipamentos eletromédicos essenciais à sustentação de vida do paciente.

A seguir é apresentada listagem que substitui a tabela B3 - Classificação dos locais, da norma NBR 13.534 - Instalações elétricas em estabelecimentos assistenciais de saúde.

- Ambulatório

Enfermagem

-Sala de reidratação (oral e intravenosa): em função da reidratação intravenosa, onde fica estabelecido um contato elétrico não direto com o coração, através do equipamento: Grupo 1, Classe 15.

Internação de curta duração

-Posto de enfermagem e serviços: Grupo 0, Classe > 15;

-Para as demais: Grupo 1, Classe 15, principalmente se tais salas puderem ser utilizadas para algum tipo de monitoração eletrônica.

Atendimento imediato

Atendimentos de urgência e emergência:

Urgências (baixo e médio risco):

-Sala de inalação, reidratação, sala para exame indiferenciado, oftalmologia, otorrinolaringologia, ortopedia, odontológico individual: Grupo 1,

Classe 15;

-Para as demais: Grupo 0, Classe > 15.

Urgência (alta complexidade) e emergência:

-Sala de procedimentos invasivos, de emergências (politraumatismo, parada cardíaca): Grupo 2, Classe 0,5;

-Sala de isolamento, coletiva de observação, manutenção de paciente com morte cerebral: Grupo 1, Classe 15;

Internação

Internação geral:

-Posto de enfermagem, sala de serviço, sala de exames e curativos e área de recreação : Grupo 0, Classe - + 15;

-Para as demais: Grupo 1, Classe 15, principalmente se tais salas puderem ser utilizadas para algum tipo de monitoração eletrônica.

Internação geral de recém-nascidos (neonatologia): Grupo 1, Classe 15.

Internação intensiva-UTI:

-Área para prescrições médicas, sala de serviço e demais salas de apoio: Grupo 0, Classe > 15;

-Posto de enfermagem: via de regra Grupo 1, Classe 15, porém se houver equipamentos do tipo estação central de monitoração, é necessário ser do mesmo tipo que as demais salas onde se encontram os pacientes, pois caso contrário é possível a ocorrência interferências nos equipamentos.

-Áreas e quartos de pacientes: Grupo 2, Classe 15 e 0,5 para equipamentos eletromédicos que eventualmente se quer associar à fonte de segurança capaz de restabelecer a alimentação em no máximo 0,5 s.

Internação para tratamento de queimados-UTQ: Grupo 1, Classe 15.

- Apoio ao Diagnóstico e Terapia

Patologia clínica:

-Laboratórios e sala de laudos: Grupo 0, Classe > 15, a menos que alguns dos equipamentos laboratoriais necessitem de uma classe mais restritiva. Tal informação deverá ser fornecida pelo fabricante do equipamento. Dependendo da potência um "no-break" local pode ser utilizado.

Imagenologia (tomografia, ultra-sonografia, ressonância magnética, endoscopia) e métodos gráficos:

-Para todas as salas de exames: Grupo 1, Classe 15.

-Hemodinâmica: Grupo 2, Classe 15 e Classe 0,5 para luminárias cirúrgicas e, eventualmente, equipamentos eletromédicos que se queiram associar à fonte de segurança capaz de restabelecer a alimentação em no máximo 0,5 s;

-Sala de recuperação pós-anestésica e posto de enfermagem: Grupo 1, Classe 15.

Anatomia patológica

-Para câmara frigorífica para guarda de cadáveres: Grupo 0, Classe > 15.

Medicina nuclear:

- Salas de exames: Grupo 1, Classe 15

Centro cirúrgico:

-Sala de indução anestésica (principalmente se forem utilizados gases anestésicos inflamáveis), salas de cirurgia (não importando o porte): Grupo 2, Classe 15 e Classe 0,5 para luminárias cirúrgicas e, eventualmente, equipamentos eletromédicos que se queiram associar à fonte de segurança capaz de restabelecer a alimentação em no máximo 0,5 s;

-Sala de recuperação pós-anestésica: Grupo 1, Classe 15 e Classe 0,5 para equipamentos eletromédicos que eventualmente se quer associar à fonte de segurança capaz de restabelecer a alimentação em no máximo 0,5 s;

-Demais: Grupo 1, Classe 15.

Centro obstétrico cirúrgico:

-Salas de pré-parto, parto normal e AMIU: Grupo 1, Classe 15;

-Sala de indução anestésica: se não aplicado gás anestésico pode ser Grupo 1, Classe 15;

-Sala de recuperação pós-anestésica e assistência ao RN: Grupo 1, Classe 15;

-Sala de parto cirúrgico: Grupo 2, Classe 15 e Classe 0,5 para luminárias cirúrgicas e, eventualmente, equipamentos eletromédicos que se queiram associar à fonte de segurança capaz de restabelecer a alimentação em no máximo 0,5 s;

-Demais: Grupo 1, Classe 15.

Centro de parto normal:

-Salas de parto e assistência ao RN: Grupo 0, Classe > 15.

Hemoterapia

-Para as salas de processamento e guarda de hemocomponentes: Grupo 0, Classe > 15;

-Sala de coleta de sangue: Grupo 1, Classe 15;

-Sala de recuperação de doadores: Grupo 1, Classe 15;

-Sala de transfusão e posto de enfermagem: Grupo 1, Classe 15.

Radioterapia

-Salas de exames: Grupo 1, Classe 15.

Quimioterapia

-Salas de aplicação: Grupo 0, Classe > 15.

Diálise

-Salas para diálise / hemodiálise, recuperação de pacientes e posto de enfermagem: Grupo 1, Classe 15;

Banco de leite

-Salas de processamento, estocagem e distribuição: Grupo 0, Classe > 15.

Oxigenoterapia hiperbárica

-Salas de terapia e de máquinas: Grupo 1, Classe 15.

-Apoio técnico

Nutrição e dietética

-Despensa de alimentos climatizada: Grupo 0, Classe > 15.

Farmácia

-Área de imunobiológicos: Grupo 0, Classe > 15.

Apoio logístico

Infra-estrutura predial

-Centrais de gases e vácuo, ar condicionado, sala para grupo gerador, para sub-estação elétrica e para bombas: Pelo menos uma luminária de cada um desses ambientes deve ser integrada ao sistema de emergência, todos os alarmes das redes, além das instalações elétricas que acionam os sistemas (bombas, compressores, etc.): Grupo 0, Classe 15.

Observações:

- Os ambientes do Grupo 2 acima mencionados devem possuir, no mínimo, dois circuitos elétricos independentes e preferencialmente com luminárias intercaladas e todas essas devem ser interligadas ao sistema de emergência;

- Pelo menos uma luminária de cada um dos ambientes das unidades que possuam Grupo 1 deve ser integrada ao sistema de emergência;

- Todos os demais ambientes não citados não necessitam estar ligados a um sistema de emergência.

ILUMINAÇÃO

Quanto aos quartos enfermaria da unidade de internação geral - são quatro tipos de iluminação:

- iluminação geral em posição que não incomode o paciente deitado;

- iluminação de cabeceira de leito na parede (arandela) para leitura;

- iluminação de exame no leito com lâmpada fluorescente, que também pode ser obtida através de aparelho ligado à tomada junto ao leito; e

- iluminação de vigília na parede (a 50 cm do piso).

Quanto ao quarto e área coletiva da Unidade de Internação Intensiva são quatro tipos de iluminação:

- iluminação geral em posição que não incomode o paciente deitado;

- iluminação de cabeceira de leito de parede (arandela);

- iluminação de exame no leito com lâmpada fluorescente no teto e/ou arandela; e

- iluminação de vigília nas paredes (a 50 cm do piso) inclusive banheiros.

Quanto à sala de cirurgia e sala de parto - além da iluminação geral de teto com lâmpada fluorescente, existe a iluminação direta com foco cirúrgico.

Quanto aos consultórios e salas para exames clínicos

- iluminação que não altere a cor do paciente.

TOMADAS

Quanto à enfermaria da unidade de internação geral e berçário de sadios - uma tomada para equipamento biomédico por leito isolado ou a cada dois leitos adjacentes, além de acesso à tomada para aparelho transportável de Raios X distante no máximo 15m de cada leito (esta tomada pode estar no próprio quarto ou enfermaria ou no corredor da unidade) (*Redação dada pela RESOLUÇÃO - RDC Nº 307, DE 14 DE NOVEMBRO DE 2002*)

Quanto ao berçário de cuidados intermediários - três tomadas para cada berço/Incubadora;

Quanto a quarto e área coletiva da Unidade de Internação Intensiva - oito tomadas para equipamento biomédico por leito9 berçário ou incubadora, além de acesso à tomada para aparelho transportável de raios X distante no máximo 15m de cada leito.

Quanto a sala de cirurgia e sala de parto - dois conjuntos com quatro tomadas cada um em paredes distintas e tomada por aparelho transportável de raios X.

7.2.2. Sinalização de enfermagem (IS)

Trata-se de sistema de sinalização luminosa imediata entre o paciente interno e o funcionário assistencial (médico e enfermeira).

O sistema interliga cada leito, sanitário e banheiro das diversas unidades e ambientes em que está presente o paciente interno, com o respectivo posto de enfermagem que lhe dá cobertura assistencial, a saber:

- Quarto, enfermaria e banheiro da unidade de internação geral;

- Quarto, áreas coletivas de pediatria e banheiro da unidade de internação intensiva; e

Sala de indução anestésica e sala de recuperação pós-anestésica dos centros cirúrgicos e Obstétricos, e demais.

A identificação deve se dar em cada leito e porta dos ambientes voltados para a circulação

7.2.3. Instalação de Proteção Contra Descarga Elétrica (P)

7.2.3.1 - Aterramento

Todos as instalações elétricas de um EAS devem possuir um sistema de aterramento que leve em consideração a equipotencialidade das massas

metálicas expostas em uma instalação. Todos os sistemas devem atender a normas da ABNT NBR 13.534 e NBR 5410 e NBR 5419, no que diz respeito ao sistema de aterramento.

Fica proibida a utilização do sistema TN-C especificado na norma NBR 13.534 em EAS.

Nenhuma tubulação destinada à instalações pode ser usada para fins de aterramento.

7.2.3.2 - Piso condutivo

Fica estabelecido:

- a. A utilização de piso condutivo somente quando houver uso de misturas anestésicas inflamáveis com oxigênio ou óxido nitroso, bem como quando houver agentes de desinfecção, incluindo-se aqui a Zona de Risco.
- b. A utilização de sistemas de ventilação para diminuir a concentração de misturas anestésicas inflamáveis no ambiente do paciente, nas salas que fizerem uso dessas misturas.
- c. A limitação, nas salas acima descritas, de uma região especial denominada de Zona de Risco, composta por sua vez pela Zona M, cujas definições seguem abaixo:

ZONA G

Numa sala comportando procedimentos de anestesia por inalação, é o volume no qual temporária ou continuamente podem ser produzidas, guiadas ou utilizadas pequenas quantidades de mistura inflamável de anestésico e oxigênio (ou oxigênio e óxido nitroso), incluindo também o ambiente total ou parcialmente fechado de equipamento ou partes de equipamento, até uma distância de 5 cm em relação a partes do Gabinete do Equipamento, onde pode ocorrer vazamento, nos seguintes casos:

- a. Partes desprotegidas e passíveis de ruptura;
- b. Partes sujeitas a deterioração rápida; ou
- c. Partes suscetíveis a desconexão inadvertida.

Nota:

No caso de o vazamento verificar-se para um outro Gabinete não suficientemente ventilado (por ventilação natural ou forçada), e ser possível ocorrer um enriquecimento da mistura proveniente do vazamento, considera-se como ZONA-G tal Gabinete, incluindo possivelmente suas adjacências, até uma distância de 5 cm em relação a dito Gabinete ou parte do mesmo.

ZONA M

Numa sala comportando procedimentos de anestesia por inalação, é o volume em que podem formar-se pequenas quantidades de mistura inflamável de anestésico e ar.

Notas:

- a. Uma ZONA M pode ser criada por vazamento de uma mistura inflamável de anestésico e oxigênio (ou oxigênio e óxido nitroso) proveniente de uma ZONA-G, ou pela aplicação de produtos inflamáveis de anti-sepsia e/ou produtos de limpeza.
- b. No caso de uma ZONA-M ser formada por vazamento, ela compreende o espaço vizinho da área de vazamento de uma ZONA-G até a distância de 25 cm, a partir do ponto de vazamento.
- c. Marcação em equipamentos tipo "AP" e "APG".
- d. Proibição de instalação de soquetes, chaves, quadros de distribuição de força e similares em Zona de Risco.
- e. No caso da utilização de piso não condutivo no mesmo ambiente de piso condutivo, deve-se fazer uma marcação de distinção para ambos os pisos.

7.3 - INSTALAÇÕES FLUÍDO-MECÂNICAS (F)

Nos casos não descritos nesta resolução, são adotadas como complementares as seguintes normas:

NBR 12.188 - Sistemas centralizados de oxigênio, ar comprimido, óxido nitroso e vácuo para uso medicinal em estabelecimento de saúde;

NBR 13.932 - Instalações internas de gás liquefeito de petróleo (GLP) - Projeto e Execução;

NBR 13.933 - Instalações Internas de gás natural (GN) - Projeto e Execução;

NBR 14 570 - Instalações internas para uso alternativo dos gases GN e GLP - Projeto e execução; *(Incluído pela RESOLUÇÃO - RDC Nº 307, DE 14 DE NOVEMBRO DE 2002)*

NBR 14.024 - Centrais prediais e industriais de gás liquefeito de petróleo (GLP) - Sistema de abastecimento a granel; *(Incluído pela RESOLUÇÃO - RDC Nº 307, DE 14 DE NOVEMBRO DE 2002)*

NBR 13.523 - Central predial de gás liquefeito de petróleo; e *(Incluído pela RESOLUÇÃO - RDC Nº 307, DE 14 DE NOVEMBRO DE 2002)*

NBR 13.587 - Estabelecimento Assistencial de Saúde - Concentrador de oxigênio para uso em sistema centralizado de oxigênio medicinal. *(Incluído pela RESOLUÇÃO - RDC Nº 307, DE 14 DE NOVEMBRO DE 2002)*

7.3.1. Vapor (FV)

A aquisição, instalação e utilização de caldeiras devem atender a NR - 13 do Ministério do Trabalho, publicada no DOU de 26/04/96.

CONSUMO

O consumo total é calculado com base nos consumos de todos os equipamentos e das pressões de serviço.

As unidades funcionais que possuem equipamentos que demandam vapor são: cozinha, lactário, nutrição enteral, central de material esterilizado e lavanderia.

7.3.2. Gás combustível (FG)

SISTEMAS DE ABASTECIMENTO

São dois os sistemas de abastecimento:

- encanado ou de rua; e
- em recipiente (butijão ou cilindro).

O primeiro existe em algumas cidades ou áreas de cidades de grande porte e é geralmente atendido por concessionária. O segundo é abastecido por cilindros/butijão localizados no interior do EAS.

Dependendo do consumo, os cilindros são descentralizados ou centralizados. Quando o consumo for superior a 1kg/h adota-se o sistema centralizado em cilindros transportáveis, e quando for superior a 30kg/h adota-se o sistema centralizado em cilindros estacionários. O dimensionamento da central é função do consumo e da regularidade do abastecimento.

CONSUMO

O consumo total é calculado com base nos consumos parciais das diversas unidades e seus equipamentos:

- Patologia clínica - considerar os bicos de Bunsen dos diversos laboratórios;
- Nutrição e dietética; cozinha, lactário e nutrição enteral - na ausência das instalações de vapor e condensado, considerar o consumo para cocção de alimentos;
- Lavanderia - considerar as calandras e as secadoras a gás;
- Autoclave - considerar as autoclaves a gás;
- Gerador - considerar os geradores da água quente a gás;
- Caldeira - considerar as caldeiras a gás;
- Incinerador - considerar os incineradores a gás.

Banco de leite humano - considerar os bicos de Bunsen dos locais onde se realiza o reenvase, coleta de amostras para análise microbiológica e o porcionamento do leite humano ordenhado. *(Redação dada pela Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 918, de 19/09/2024)*

7.3.3. Gases Medicinais (oxigênio, ar comprimido e óxido nitroso)

Para o uso medicinal em EAS, os gases mais comumente empregados são o oxigênio, o ar comprimido e o óxido nitroso.

São apresentados os aspectos comuns das instalações dos gases medicinais, tratando-se posteriormente das especificidades de cada um deles.

SISTEMAS DE ABASTECIMENTO

São três os sistemas de abastecimento:

- Cilindros transportáveis;
- Centrais de reservação;
- Centrais de cilindros
- Tanques;

Usinas Concentradoras de Oxigênio.

O primeiro é utilizado no caso de emergências e uso eventual. O abastecimento é descentralizado em cilindros transportáveis até os pontos de utilização.

O segundo e terceiro sistemas são centralizados. Neste caso o gás é conduzido por tubulação da central até os pontos de utilização. Os sistemas de baterias de cilindros devem estar conectados a uma válvula reguladora de pressão capaz de manter a vazão máxima do sistema centralizado de forma contínua. Os sistemas de tanques e/ou usinas concentradoras, devem manter suprimento reserva para possíveis emergências, que devem entrar automaticamente em funcionamento quando a pressão mínima de operação preestabelecida do suprimento primário for atingida.

Os sistemas devem estar protegidos de fonte de calor como os incineradores, as caldeiras e outras, de tal forma que não haja possibilidade dos cilindros e demais equipamentos da central atingirem uma temperatura acima de 54°C. Da mesma forma devem ficar afastados de transformadores, contactores, chaves elétricas e linhas abertas de condutores de energia elétrica. Os sistemas devem estar obrigatoriamente localizados acima do solo, ao ar livre ou quando não for possível, em um abrigo à prova de incêndio, protegido das linhas de transmissão de energia elétrica. Não podem estar localizados na cobertura da edificação. Devem ser de tal maneira instalados que permitam fácil acesso dos equipamentos móveis, de suprimento e de pessoas autorizadas.

Os ambientes onde estão instaladas as centrais de reservação e usinas concentradoras devem ser exclusivos para as mesmas, não podendo ter ligação direta com locais de uso ou armazenagem de agentes inflamáveis. O seu piso deve ser de material não combustível e resistente ao oxigênio líquido e/ou óxido nitroso líquido. Caso haja declive nesse piso, deve ser eliminada a possibilidade de escoamento do oxigênio líquido atingir as áreas adjacentes que tenha material combustível.

Quando o sistema de abastecimento estiver localizado em área adjacente, no mesmo nível ou em nível mais baixo que depósitos de líquidos inflamáveis ou combustíveis, tornam-se necessários cuidados especiais utilizando-se diques, canaletas e outros, para evitar o fluxo desses líquidos para a área da central de gases.

Os sistemas de tanques e/ou usinas concentradoras, devem manter suprimento reserva para possíveis emergências, que devem entrar automaticamente em funcionamento quando a pressão mínima de operação preestabelecida do suprimento primário for atingida ou quando o teor de oxigênio na mistura for inferior a 92%. *(Incluído pela RESOLUÇÃO - RDC Nº 307, DE 14 DE NOVEMBRO DE 2002)*

Devem ser obedecidas as seguintes distâncias mínimas entre tanques e/ou cilindros de centrais de suprimento de oxigênio e óxido nitroso e adjacências.

TABELA - DISTÂNCIAS MÍNIMAS

Edificações	5,0 m
Materiais combustíveis ou armazenamento de materiais inflamáveis	5,0 m
Local de reunião de público	5,0 m
Portas ou passagem sem visualização e que dão acesso à área de armazenamento	3,0 m
Tráfego de veículos	3,0 m
Calçadas públicas	3,0 m

Essas distâncias não se aplicam onde houver estrutura contra-fogo com resistência mínima ao fogo de 2 horas, entre tanques e/ou cilindros de centrais de suprimento de oxigênio e óxido nitroso e adjacências. Em tais casos, os tanques e/ou cilindros devem ter uma distância mínima de 0,5 m (ou maior se for necessário para a manutenção do sistema) da estrutura de proteção.

REDES DE DISTRIBUIÇÃO

As tubulações, válvulas reguladoras de pressão, manômetros e outras válvulas que fazem parte da central devem ser construídos com materiais adequados ao tipo de gás com o qual irão trabalhar e instalados de forma a resistir às pressões específicas.

As tubulações não aparentes que atravessam vias de veículos, arruamentos, estacionamentos ou outras áreas sujeitas a cargas de superfície, devem ser protegidas por dutos ou encamisamento tubular, respeitando-se a profundidade mínima de 1,20m. Nos demais a profundidade pode ser de no mínimo 80 cm sem necessidade de proteção.

Em seu trajeto, as tubulações não devem ser expostas ao contato com óleos ou substâncias graxas.

As tubulações aparentes quando instaladas em locais de armazenamento de material combustível ou em lavanderias, preparo de alimentos e refeitório ou outras áreas de igual risco de aquecimento, devem ser encamisadas por tubos de aço.

As válvulas de seção devem ser instaladas em local acessível, sem barreiras que impeçam sua operação em casos de manutenção ou de emergência. Devem estar sinalizadas com aviso de advertência para manipulação somente por pessoal autorizado.

Deve ser colocada uma válvula de seção após a saída da central e antes do primeiro ramal de distribuição. Cada ramal secundário da rede deve ter uma válvula de seção instalada de modo que permita isolar esse ramal, não afetando o suprimento dos outros conjuntos.

A unidade de terapia intensiva, os centros cirúrgicos e obstétricos devem ser atendidos pela tubulação principal da rede de distribuição, devendo ser instalada uma válvula de seção à montante do painel de alarme de emergência específico de cada uma dessas unidades.

SISTEMAS DE ALARMES E MONITORIZAÇÃO:

Todos os alarmes devem ser precisamente identificados e instalados em locais que permitam a sua observação constante e total.

Nos sistemas centralizados deve haver um alarme operacional que indique quando a rede deixa de receber de um suprimento primário, tanto de uma bateria de cilindros quanto de tanque, e passa a receber de um suprimento secundário ou de um suprimento reserva. Esse alarme deve ser sonoro e visual, sendo que este último só pode ser apagado com o restabelecimento do suprimento primário. Nos centros cirúrgicos, obstétricos, de terapia intensiva e onde tenham equipamentos de suporte à vida instalados, devem ser instalados, obrigatoriamente, alarmes de emergência que atuem quando a pressão manométrica de distribuição atingir o valor mínimo de operação.

Devem existir alarmes de emergência e esses devem ser independentes dos alarmes operacionais e de fácil identificação.

POSTOS DE UTILIZAÇÃO

Os postos de utilização e as conexões de todos os acessórios para uso de gases medicinais devem ser instalados conforme prescrito nas normas NBR 13730 - aparelho de anestesia - seção de fluxo contínuo - requisitos de desempenho e projeto; NBR 13164 - Tubos flexíveis para condução de gases medicinais sob baixa pressão; e NBR 11906 - Conexões roscadas e de engate rápido para postos de utilização dos sistemas centralizados de gases de uso medicinal sob baixa pressão que determina que cada ponto de utilização de gases medicinais deve ser equipado com uma válvula autovedante, e rotulado legivelmente com o nome ou abreviatura e símbolo ou fórmula química e com cores para identificação de gases.

Os postos de utilização devem ser providos de dispositivo (s) de vedação e proteção na saída, para quando os mesmos não estiverem em uso.

Os postos de utilização junto ao leito do paciente devem estar localizados a uma altura aproximada de 1,5m acima do piso, ou embutidos em caixa apropriada, a fim de evitar dano físico à válvula, bem como ao equipamento de controle e acessórios.

Nos ambientes do EAS supridos por sistemas centralizados, devem ser atendidos, no mínimo, os requisitos da Tabela - Número de Postos por Local de Utilização, constantes no item 7.4.

7.3.3.1.Oxigênio medicinal (FO)

Utilizado para fins terapêuticos, existem três tipos de sistemas de abastecimento de oxigênio medicinal: por cilindros transportáveis, por centrais de reservação e por usinas concentradoras.

SISTEMAS DE ABASTECIMENTO

Além das orientações de caráter geral contidas no item 7.3.3, deverão ser observadas as seguintes orientações específicas:

a) Centrais de suprimento com cilindros:

Contêm oxigênio no estado gasoso mantido em alta pressão. Devem ser duas baterias de cilindros sendo um de reserva, que fornecem o gás à rede de distribuição sem interrupção. A capacidade da central deve ser dimensionada de acordo com o fator de utilização previsto e a frequência do fornecimento, sendo no mínimo igual ao consumo normal de dois dias, a não ser nos casos de fornecimento comprovado mais freqüente ou mais dilatado.

b) Centrais de suprimento com tanque criogênico:

Contêm o oxigênio no estado líquido que é convertido para o estado gasoso através de um sistema vaporizador. Esse tipo de instalação tem uma central de cilindros como reserva para atender a possíveis emergências, com um mínimo de dois cilindros, e ambos dimensionados de acordo com o fator de utilização proposto e a frequência do fornecimento.

c) Usinas concentradoras: *(Redação dada pela RESOLUÇÃO - RDC Nº 307, DE 14 DE NOVEMBRO DE 2002)*

O terceiro sistema é constituído de máquinas acionadas por energia elétrica que obtêm o oxigênio medicinal a no mínimo 92%, a partir do ar atmosférico através de peneiras moleculares, necessitando de um outro tipo de sistema como reserva. Nos postos de utilização de oxigênio gerado por usinas concentradoras localizados nas áreas críticas de consumo, deve haver identificações do percentual de oxigênio. O sistema deve interromper automaticamente o funcionamento da usina quando o teor do oxigênio na mistura for inferior a 92%. O sistema reserva deve entrar em funcionamento automaticamente, em qualquer instante em que a usina processadora interrompa sua produção.

7.3.3.2. Ar comprimido (FA)

SISTEMAS DE ABASTECIMENTO

São três os tipos de ar comprimido no EAS, que podem ser atendidos de forma descentralizada, através de equipamentos colocados junto ao ponto de utilização, ou de forma centralizada, através de equipamento central. São eles:

a) Ar comprimido industrial:

Utilizado para limpeza e acionamento de equipamentos. É gerado por compressor convencional.

b) Ar medicinal comprimido: (Redação dada pela RESOLUÇÃO - RDC Nº 307, DE 14 DE NOVEMBRO DE 2002)

Utilizado para fins terapêuticos. Deve ser isento de óleo e de água, desodorizado em filtros especiais e gerado por compressor com selo d'água, de membrana ou de pistão com lubrificação a seco. No caso de utilização de compressores lubrificados a óleo, é necessário um sistema de tratamento para a retirada do óleo e de odores do ar comprimido.

A central de suprimento deve conter no mínimo, um compressor e um suprimento reserva com outro(s) compressor(es), equivalente ao primeiro, ou cilindros.

No caso de central com suprimento reserva de compressor(es), cada compressor deve ter capacidade de 100% do consumo máximo provável com possibilidade de funcionar automaticamente ou manualmente, de forma alternada ou em paralelo, em caso de emergência. Pressupõe, portanto, a existência de suprimento de energia elétrica de emergência. No caso de central de suprimento reserva de cilindros, devem ser instalados, no mínimo, dois cilindros, e seu dimensionamento é função do consumo e frequência do fornecimento.

A sucção dos compressores de ar medicinal deve estar localizada do lado de fora da edificação, captando ar atmosférico livre de qualquer contaminação proveniente de sistemas de exaustão, tais como fornos, motores de combustão, descargas de vácuo hospitalar, remoção de resíduos sólidos, etc. O ponto de captação de ar deve estar localizado a uma distância mínima de 3,0m de qualquer porta, janela, entrada de edificação ou outro ponto de acesso. O ponto de captação de ar deve também, estar localizado a uma distância mínima de 16,0m de qualquer exaustão de ventilação, descarga de bomba de vácuo ou exaustão de banheiro mantendo ainda uma distância de 6,0m acima do solo. A extremidade do local de entrada de ar deve ser protegida por tela e voltada para baixo.

Um dispositivo automático deve ser instalado de forma a evitar o fluxo reverso através dos compressores fora de serviço.

A central de suprimento com compressores de ar deve possuir filtros ou dispositivos de purificação, ou ambos quando necessário, para produzir o ar medicinal com os seguintes limites máximos poluentes toleráveis:

- N2: Balanço (Redação dada pela RESOLUÇÃO - RDC Nº 307, DE 14 DE NOVEMBRO DE 2002)

- O2: 20,4 a 21,4 % v/v de Oxigênio

- CO: 5 ppm máximo;

- CO2: 500 ppm máximo;

- SO2: 1 ppm máximo;

- NOx: 2 ppm máximo;

- Óleos e partículas sólidas: 0,1 mg/m³ máximo

- Vapor de água: 67 ppm máx.(Ponto de orvalho: - 45,5º C, referido a pressão atmosférica).

c) Ar medicinal comprimido sintético: (Redação dada pela RESOLUÇÃO - RDC Nº 307, DE 14 DE NOVEMBRO DE 2002)

A central de suprimento com dispositivo especial de mistura-ar medicinal comprimido sintético, deve produzir o ar medicinal com os seguintes limites máximos poluentes toleráveis:

- N2: Balanço

- O2: 19,5 a 23,5 % v/v de Oxigênio

- CO: 5 ppm máximo;

- CO2: 500 ppm máximo;

- SO2: 1 ppm máximo;

- NOx: 2 ppm máximo;

- Óleos e partículas sólidas: 0,1 mg/m³ máximo

- Vapor de água: 67 ppm máx.(Ponto de orvalho: - 45,5º C, referido a pressão atmosférica).

7.3.3.3. Óxido Nitroso (FN)

Utilizado em procedimentos anestésicos, o sistema de abastecimento pode ser centralizado ou descentralizado, seguindo-se as orientações do item 7.3.3.

7.3.4. Vácuo (FV)

SISTEMAS DE ABASTECIMENTO

Devem ser instalados em paralelo dois filtros bacteriológicos para desinfecção do ar liberado para o ar atmosférico, exceto nos casos de sistemas de vácuo providos de outros sistemas de desinfecção do gás aspirado na rede e a ser exaurido. (Incluído pela RESOLUÇÃO - RDC Nº 307, DE 14 DE

São dois os sistemas independentes de vácuo no EAS:

a) Vácuo clínico:

Utilizado em procedimentos terapêuticos, deve ser do tipo seco, isto é, o material é coletado junto do paciente.

b) Vácuo de limpeza:

Utilizado para fins não terapêuticos.

Ambos os sistemas, em função do consumo, podem ser atendidos de forma descentralizada, por meio de equipamentos colocados junto ao ponto de utilização, ou de forma centralizada, através de equipamento central.

No que se refere ao vácuo clínico, o sistema central deve ser operado por, no mínimo, duas bombas, com capacidades equivalentes. Cada bomba deve ter capacidade de 100% do consumo máximo provável, com possibilidade de funcionar alternadamente ou em paralelo em caso de emergência.

No caso de um sistema com duas bombas ou mais a capacidade destas deve ser tal que 100% do consumo máximo provável possa ser mantido por uma bomba reserva.

Um reservatório de vácuo deve ser previsto em todos os sistemas de vácuo hospitalar, a fim de que as bombas não tenham de operar continuamente sob baixa demanda.

Somente pode ser utilizado o sistema de vácuo clínico com coleta do produto aspirado em recipiente junto ao ponto de utilização.

Deve ser previsto um sistema de alarme de emergência por sinal luminoso e sonoro, alertando a queda do sistema de vácuo, abaixo de 26,64 kPa (200 mm Hg).

Cada posto de utilização de vácuo deve ser equipado com uma válvula autovedante, e rotulado legivelmente com o nome ou abreviatura, símbolo e cores para identificação.

Devem ser instalados em paralelo dois filtros bacteriológicos para desinfecção do ar liberado para o ar atmosférico, exceto nos casos de sistemas de vácuo providos de outros sistemas de desinfecção do gás aspirado na rede e a ser exaurido.

Cada filtro deve ter uma capacidade de retenção de partículas acima de 0,1m m. Sua montagem deve ser feita de modo que a troca dos mesmos seja feita de maneira simples e segura.

A utilização do "sistema Venturi" para geração de vácuo só é permitida quando acoplada a um sistema de filtro que impeça a contaminação do ambiente.

A descarga da central de vácuo deve ser obrigatoriamente dirigida para o exterior do prédio, com o terminal voltado para baixo, devidamente telado, preferivelmente acima do telhado da central de vácuo e das construções vizinhas e localizado a uma distância mínima de 3,0m de qualquer porta, janela, entrada de ar ou abertura do edifício.

Uma placa de sinalização de atenção e risco deve ser adequadamente colocada próxima ao ponto de descarga do vácuo.

7.4 - CONSUMO DE OXIGÊNIO, AR COMPRIMIDO, VÁCUO E ÓXIDO NITROSO

Número de Postos por Local de Utilização

LOCAL	NÚMERO DE POSTOS			
	Oxigênio	Óxido Nitroso	Vácuo Clínico	Ar Comprimido Medicinal
Sala de Inalação	Caso não haja ar comprimido disponível no EAS, o mesmo deve ser substituído por 1 ponto de O2 por cadeira	-	-	1 para cada cadeira
Consultório Odontologia	-	-	1 por equipo	1 por equipo
Sala de Suturas/curativos	1 para cada 2 leitos ou fração	-	-	-
Sala de Isolamento da emergência	1 para cada 2 leitos ou fração	-	1 ponto para cada 2 leitos	-
Sala Observação da emergência	1 para cada leito. Caso não haja ar comprimido disponível no EAS, deve haver 2 pontos de O2 por leito	-	-	1 para cada leito
Sala de Procedim. Invasivos da Emerg.	2 por leito	1 para cada 2 leitos se estiver disponível na unidade	-	2 por leito
Sala de Emergência	2 por leito	-	1 por leito	1 por leito
Quarto/Enfermaria	1 para cada 2 leitos ou 1 por leito isolado	-	1 para cada 2 leitos	1 para cada 2 leitos
Sala de Exames e Curativos-internação	-	-	-	1 para cada 2 leitos
Sala de Exames e curativos-queimados/ Balneoterapia	1 para cada mesa	1 para cada mesa se estiver disponível na unidade	1 para cada mesa	1 para cada mesa
Área de cuidados e higienização de RN	1 por berço. Caso não haja ar comprimido disponível no EAS, deve haver 2 pontos de O2 por berço	-	-	1 por berço
Berçário Cuidados Intermediários	1 para cada berço/ incubadora. Caso não haja ar comprimido disponível no EAS, deve haver 2 pontos de O2 por berço/ incubadora	-	1 por berço	1 para cada berço /incubadora
Berçário Cuidados Intensivos-UTI neonatal	2 para cada berço/incubadora	-	1 por berço	2 para cada berço /incubadora
Quarto/Área Coletiva de UTI	2 para cada leito	-	1 por leito	2 para cada leito
Sala de Raio X Intervencionista	1 para cada sala	1 para cada sala se estiver disponível na unidade	1 para cada sala	1 para cada sala
Sala de Raio X Geral	1 para cada sala	-	1 para cada sala	-
Salas Hemodinâmica	2 para cada sala	-	-	2 para cada sala
Salas de Exames de Tomografia, RMN	1 para cada sala	1 para cada sala se estiver disponível na unidade	1 por sala	1 para cada sala
Salas Ultra-sonografia	1 para cada sala	-	-	-
Sala de Exames de Medicina Nuclear	1 para cada sala	-	-	-
Sala de Exames Endoscópicos	1 para cada sala. Caso não haja ar comprimi-do disponível no EAS, deve haver 2 pontos de O2 por leito	-	-	1 para cada leito
Sala de Indução e Recuperação Pós- anestésica	1 para cada leito	-	1 por leito	1 para cada leito
Sala Preparo Anestésico	-	-	-	-
Sala de Cirurgia	2 por sala cirúrgica	1 para cada sala se estiver disponível na unidade	1 por sala	2 por sala cirúrgica
Sala de Pré-parto	1 para cada leito	-	-	1 por leito
Sala de Parto	1 para cada mesa de parto. Caso não haja ar comprimido disponí-vel no EAS, deve haver 2 pontos de O2 por mesa	1 para cada sala se estiver disponível na unidade	1 para cada mesa	1 para cada mesa
Área de assistência de Recém-nascidos	1 para cada berço. Caso não haja ar comprimido disponível no EAS, deve haver 2 pontos de O2 por berço	-	-	1por berço
Sala/quarto de PPP	1 para cada leito. Caso não haja ar comprimi-do disponível no EAS, deve haver 2 pontos de O2 por leito	-	-	1 para cada leito
Sala de Transusão	1 para cada leito	-	-	-
Sala de Radioterapia	1 para cada sala	-	-	-
Sala de Aplicação de Quimioterápicos	1 por poltrona/leito	-	-	1para cada leito
Sala de T.Hemodialítico	1 por poltrona/leito	-	-	-
Câmara individual de Oxigenoterapia Hiperb.	1 para cada câmara	-	-	-
Câmara coletiva de Oxigenoterapia Hiperb.	1 para cada câmara	-	-	-

Demanda (litros/minuto) por Posto de Utilização

LOCAL	Valores de Referência para Dimensionamento de Rede			
	Oxigênio	Óxido Nitroso	Vácuo Clínico	Ar Comprimido Medicinal
Sala de Inalação	20	-	-	20
Consultório Odontologia	-	-	-	30
Sala de Suturas /curativos	20	-	-	-
Sala de Isolamento da emergência	20	-	-	60
Sala Observação, da emergência	60	-	-	60
Sala de Procedim. Invasivos da Emerg.	60	8	-	60
Sala de Emergência	60	-	60	60
Quarto/Enfermaria	20	-	30	20
Sala de Exames e Curativos- internação	20	-	-	20
Sala de Exames e Curativos- Queimados/ Balneoterapia	60	8	60	60
Área de cuidados e higienização de RN	60	-	-	60
Berçário Cuidados Intermediários	60	-	60	60
Berçário Cuidados Intensivos-UTI neonatal	60	-	60	60
Quarto/Área Coletiva de UTI	60	-	60	60
Sala de Raio X Intervencionista	60	8	60	60
Sala de Raio X Geral	60	-	60	-
Salas Hemodinâmica	30	-	-	30
Salas de Exames de Tomografia, RMN	60	8	-	60
Salas Ultra-sonografia	60	-	-	-
Sala de Exames de Medicina Nuclear	60	-	-	-
Sala de Exames Endoscópicos	30	-	-	30
Sala de Indução e Recuperação Pós- anestésica	60	-	60	60
Sala Preparo Anestésico	-	-	-	-
Sala de Cirurgia	60	8	60	60
Sala de Pré-parto	30	-	-	30
Sala de Parto	60	8	60	60
Área de assistência de Recém- nascidos	60	-	-	60
Sala/quarto de PPP	60	-	-	60
Sala de Transusão	60	-	-	-
Sala de Radioterapia	60	-	-	-
Sala de Aplicação de Quimioterápicos	60	-	-	60
Sala de T. Hemodialítico	20	-	-	-
Câmara individual de Oxigenoterapia Hiperb.	120	-	-	-
Câmara coletiva de Oxigenoterapia Hiperb.	120	-	-	-
Obs.: Condições normais de temperatura e pressão. Pressão 30 mm Hg de vácuo.				

OBS: Deve ser prevista a utilização de vácuo de limpeza e ar comprimido industrial nas oficinas de manutenção e limpeza de carrinhos do SND.

7.5 - INSTALAÇÃO DE CLIMATIZAÇÃO (IC)

São aquelas que criam um micro clima nos quesitos de temperatura, umidade, velocidade, distribuição e pureza do ar.

Nos casos não descritos nesta resolução, são adotadas como complementares as seguintes normas:

- ABNT/NBR-6401 - Instalações Centrais de Ar Condicionado para Conforto - Parâmetros Básicos de Projeto.
- ABNT/NBR-7256 - Tratamento de Ar em Unidades Médico-Assistenciais.
- Portaria do Ministério da Saúde/GM nº 3523 de 28/08/98 e publicada no DO de 31/08/98.
- Recomendação Normativa 004-1995 da SBCC - Classificação de Filtros de Ar para Utilização em Ambientes Climatizados.
- ABNT/NBR 14518 - Sistemas de Ventilação para Cozinhas Profissionais.

7.5.1 - Ar condicionado (AC)

Os setores com condicionamento para fins de conforto, como salas administrativas, quartos de internação, etc., devem ser atendidos pelos parâmetros básicos de projeto definidos na norma da ABNT NBR 6401.

Os setores destinados à assepsia e conforto, tais como salas de cirurgias, UTI, berçário, nutrição parenteral, etc., devem atender às exigências da NBR-7256.

No atendimento dos recintos citados acima devem ser tomados os devidos cuidados, principalmente por envolver trabalhos e tratamentos destinados à análise e erradicação de doenças infecciosas, devendo portanto ser observados os sistemas de filtragens, trocas de ar, etc. Toda a compartimentação do EAS estabelecida pelo estudo arquitetônico, visando atender à segurança do EAS e, principalmente, evitar contatos de pacientes com doenças infecciosas, deve ser respeitada quando da setorização do sistema de ar condicionado.

Tomada de Ar

As tomadas de ar não podem estar próximas dos dutos de exaustão de cozinhas, sanitários, laboratórios, lavanderia, centrais de gás combustível, grupos geradores, vácuo, estacionamento interno e edificação, bem como outros locais onde haja emanação de agentes infecciosos ou gases nocivos, estabelecendo-se a distância mínima de 8,00m destes locais.

Renovação de ar

O sistema de condicionamento artificial de ar necessita de insuflamento e exaustão de ar do tipo forçado, atendendo aos requisitos quanto à localização de dutos em relação aos ventiladores, pontos de exaustão do ar e tomadas do mesmo. Todo retorno de ar deve ser feito através de

duto, sendo vedado o retorno através de sistema aberto (plenium).

Para os setores que necessitam da troca de ar constante, tem de ser previsto um sistema energético, para atender às condições mínimas de utilização do recinto quando da falta do sistema elétrico principal, com o mínimo período de interrupção (vide item 7.2.1.).

Nível de ruído

Os níveis de ruído provocados pelo sistema de condicionamento, insuflamento, exaustão e difusão do ar, não podem ultrapassar os previstos pela norma brasileira NB-10 da ABNT para quaisquer frequências ou grupos de frequências audíveis.

Vibração

O sistema de ar condicionado não poderá provocar, em qualquer ponto do hospital, vibrações mecânicas de piso ou estrutura que prejudiquem a estabilidade da construção ou o trabalho normal do EAS, obedecido o critério compatível e especificado para cada aplicação.

7.5.2 - Ventilação (V)

7.5.2.1. Exaustão (E)

Lavanderia

É obrigatória a existência de sistemas de exaustão mecânica na lavanderia, tanto na área "suja" quanto na área "limpa". Estes sistemas devem ser independentes um do outro.

A saída do exaustor da sala de recebimento de roupa suja deve estar posicionada de modo que não prejudique a captação de ar de outros ambientes. Esta saída deve estar acima, no mínimo, um metro da cumeeira do telhado da edificação. Deve-se utilizar filtros F1 nessas saídas caso a mesma interfira na captação de ar de outros ambientes, quer seja por janelas ou tomadas de ar de sistemas de ar condicionado.

Caso a lavanderia utilize ozônio em seu processo de lavagem, é necessário um sistema de exaustão de ar na sala do gerador de ozônio, além do exaustor da sala de recebimento de roupa suja onde estão situadas as lavadoras de roupa.

Deve ser previsto coifa com exaustor sobre as calandras, com altura máxima de 60 cm acima das mesmas, além de outros exaustores perto de lavadoras, secadoras e prensas. Alguns equipamentos possuem exaustão própria. Nestes casos a coifa é dispensável.

Farmácia

O duto de exaustão da capela de fluxo laminar de manipulação de quimioterápicos deve possuir filtros finos.

8. CONDIÇÕES DE SEGURANÇA CONTRA INCÊNDIO

8.1 - CRITÉRIOS DE PROJETOS

A. ESTUDO PRELIMINAR

A.1 - Acessibilidade

O acesso dos veículos do serviço de extinção de incêndio deve estar livre de congestionamento e permitir alcançar, ao menos, duas fachadas opostas. As vias de aproximação devem ter largura mínima de 3,20m, altura livre de 5,00m, raio de curvatura mínima de 21,30m e largura de operação mínima junto às fachadas de 4,50m.

A.2 - Setorização e compartimentação

Entende-se por setorização para fins de segurança contra incêndio, a divisão das unidades funcionais e ambientes do EAS, em setores com características específicas em relação à população, instalações físicas e função, tendo em vista subsidiar o zoneamento de incêndios. São eles:

- A. Ações básicas de saúde, ambulatório e atendimento de emergência e urgência;
- B. Internação geral (quarto e enfermaria);
- C. Internação geral de recém-nascido (neonatologia), internação intensiva (UTI) e internação para tratamento de queimados (UTQ);
- D. Apoio ao diagnóstico e terapia (laboratórios);*
- E. Centro cirúrgico e centro obstétrico;
- F. Serviço de nutrição e dietética (cozinha);*
- G. Farmácia (área para armazenagem e controle-CAF);*
- H. Central de material esterilizado;*
- I. Anfiteatro, auditório;
- J. Apoio administrativo;
- K. Arquivo;*
- L. Processamento de roupa (lavanderia);*
- M. Área para armazenagem;*
- N. Oficinas;
- O. Salas para grupo gerador e subestação elétrica;*
- P. Salão de caldeiras;*
- Q. Depósito de combustível; *
- R. Abrigo de resíduos sólidos (lixo);
- S. Incinerador; *
- T. Área para central de gases; *
- U. Lavagem; e
- V. Escadas, rampas, elevadores e monta-cargas.

Destes, alguns são de risco especial para o incêndio (anotação*) pelo tipo de equipamento e/ou pela carga incêndio que possuem, e, portanto, são detalhados em separados, em setores de baixo, médio e alto risco a partir do tamanho destes ambientes, conforme tabela a seguir.

AMBIENTES	DIMENSÕES DOS AMBIENTES		
	BAIXO RISCO	MÉDIO RISCO	ALTO RISCO
Apoio ao diagnóstico e terapia (laboratório)	-100m²	100-200m²	+200m²
Serviço de nutrição e dietética (cozinha)	-20m²	20-200m²	+200²
Farmácia (área para armazenagem e controle- CAF)	-200m³	200-400m³	+400m³
Central de materiais esterilizado	-100m³	100-300m³	+300m³
Arquivo	-50m³	+50m³	-
Processamento de roupa (lavanderia)	-200m³	200-400m³	+400m³
Área para armazenagem (mobiliário, material de expediente e roupa)	-50m³	+50m³	-
Oficinas	-200m³	200-400m³	+400m³
Salas para grupo gerador e subestação elétrica	alto risco		
Salão de caldeiras	alto risco		
Depósito de combustível	-200m³	200-400m³	+400m³
Depósito de resíduos sólidos (lixo)	-15m²	15-30m²	+30m²
Incinerador	alto risco		
Área para tanques de oxigênio	alto risco		
Área para central de gases	alto risco		
Garagem	-125m²	+125m²	-

Os setores devem ser auto-suficientes em relação à segurança contra incêndio, isto é, devem ser compartimentados horizontal e verticalmente de modo a impedir a propagação do incêndio para outro setor ou resistir ao fogo do setor adjacente. A compartimentação horizontal permite a transferência da população (em especial do paciente) entre setores de incêndio no mesmo pavimento; a compartimentação vertical permite a transferência da população entre setores de incêndio em diferentes pavimentos.

Portanto, a determinação de superfície de pavimento necessária para alojar a população do setor contíguo tem de ser pressuposto do projeto. São os seguintes os parâmetros:

- a. 25% dos pacientes estão em macas ou leitos (superfície necessária = 2,00m²/paciente);
 - b. 25% dos pacientes utilizam cadeiras de rodas, muletas ou necessitam de ajuda similar (superfície necessária = 1,00m²/ paciente); e
 - c. 50% dos pacientes não necessitam de ajuda e, portanto, são somados ao restante da população (superfície necessária = 0.5m²/pessoa).
- (Redação dada pela RESOLUÇÃO - RDC Nº 307, DE 14 DE NOVEMBRO DE 2002)

Qualquer setor de risco especial não pode ser interligado como rota de via de escape.

B. PROJETO BÁSICO

B.1 - Materiais construtivos estruturais

A opção pelo sistema estrutural e, portanto, dos materiais, deve ser feita com base no comportamento dos elementos portantes da edificação sob o fogo, especificamente, sua resistência à temperatura de ordem de 850º C, valor este que usualmente ocorre no centro de um incêndio.

Todo material utilizado na estrutura dos EAS tem de receber tratamento de ignifugação, de modo a suportar as temperaturas estimadas em um incêndio.

B.2 - Aberturas

B.2.1 - Portas

Os setores de incêndio devem ser dotados de portas resistentes ao fogo com fechamento permanente¹². As portas de proteção em zonas de alta circulação devem possuir dispositivos de retenção próprios que possam ser desligados automática ou manualmente em caso de incêndio.

B.3 - Vias de Escape

B.3.1 - Escada de incêndio

Podem ser protegidas, enclausuradas ou à prova de fumaça. A escada protegida é ventilada, com paredes e portas resistentes ao fogo. A escada enclausurada tem paredes e portas corta- fogo. Finalmente, a escada à prova de fumaça incorpora a esta última a antecâmara (à prova de fumaça com duto de ventilação). A escolha de cada tipo depende do grau de isolamento exigido¹³ O recurso de enclausuramento e de antecâmara deve ser utilizado não só no caso de escadas mas sempre que possível, nos vestíbulos de setores de alto risco e elevadores, além de dutos e monta-cargas, que ocupem áreas maiores que 1,00 m². As dimensões da antecâmara devem permitir a varredura das portas sem o choque com as macas em trânsito e sem o impedimento de fechamento das portas de modo a evitar a formação de corrente de ar.

As unidades de internação devem dispor de escada com raio de abrangência não superior a 30,00 m. Nos setores de alto risco o raio de abrangência máxima é de 15,00m.

Os lances das escadas devem ser retos e o número de degraus, de preferência, constantes. As dimensões do patamar devem permitir o giro de maca, considerando a presença das pessoas que transportam o paciente.

A escada deve possuir corrimão de ambos os lados, fechado no início de cada lance, de modo a evitar o engate de pulso, mão ou peças de vestuário.

TABELA - NÚMEROS DE PESSOAS A EVACUAR EM FUNÇÃO DA LARGURA DA ESCADA E NÚMERO DE PAVIMENTOS

	Evacuação Ascendente			Evacuação Descendente						
	Altura									
Largura da escada (m)	9M	6M	3M	Não Protegida	Protegida					
					2P	4P	6P	8P	10P	Adicional p/ pav.
1,50	105	150	195				588	704	820	58
1,60	112	160	208	256	384	512	640	768	896	64
1,70	119	170	221	272	414	556	698	840	982	71
1,80	126	180	234	288	442	596	750	904	1058	77
1,90	133	190	247	304	472	640	808	976	1144	84
2,00	140	200	260	320	504	596	780	964	1148	92
2,10	147	210	273	356	534	732	930	1128	1326	99
2,20	154	220	286	352	566	673	887	1101	1315	107
2,30	161	230	299	368	598	828	1058	1288	1518	115
2,40	168	240	312	384	630	876	1122	1368	1614	123

FONTE: NORMA BÁSICA DE LA EDIFICACION - "CONDICIONES DE PROTECCION CONTRA INCENDIOS EM LOS EDIFÍCIOS"- DIRECIÓN GENERAL DE ARQUITECTURA Y EDIFICACIÓN - ESPAÑA (NBE - CPI/89).

OBSERVAÇÃO: AS ESCADAS PROTEGIDAS PODEM ABRIGAR 3 (TRÊS) PESSOAS POR M² DE ÁREA ÚTIL TENDO EM CONTA QUE AO MESMO TEMPO CIRCULARÃO E ABANDONARÃO A ESCADA NO PAVIMENTO DE SAÍDA.

P>Pavimentos

B.3.2 - Elevadores

Os EAS que necessitam de elevadores descritos no item 4.4 - Circulações Verticais desta Resolução com cota de piso superior a 15,00m em relação ao pavimento de escape, devem dispor de pelo menos, um elevador de emergência adaptável para as manobras do Corpo de Bombeiros. Vide sub-item a) do item 4.4.

C. PROJETO EXECUTIVO

C.1. Sinalização de Segurança

O porte do EAS pode exigir que a sinalização seja feita nas paredes e pisos, porque a fumaça pode encobrir a sinalização mais alta. Toda atenção deve ser dada aos pacientes com as faculdades sensoriais diminuídas; sinais acústicos podem ser utilizados como meios complementares.

Todas as saídas de pavimento e setores de incêndio têm de estar sinalizadas. As circulações contarão com sinais indicativos de direção desde os pontos de origem de evacuação até os pontos de saída. A sinalização perfeitamente visível deve confirmar a utilização, por exemplo, de escadas de incêndio. Toda porta que não seja saída, e que não tenha indicação relativa à função do recinto a que dá acesso, pode induzir a erro. Dessa forma, deve ser sinalizada com o rótulo "SEM SAÍDA".

D. INSTALAÇÕES DE PROTEÇÃO CONTRA INCÊNDIO

Os sistemas de detecção são constituídos pelos seguintes elementos:

1-Dispositivos de entrada - Detectores automáticos, acionadores automáticos e acionadores manuais;

2-Centrais de alarme - Painéis de controle individualizados, no mínimo, por setor de incêndio;

3-Dispositivos de saída - Indicadores sonoros, indicadores visuais, painéis repetidores, discagem telefônica automática, desativadores de instalações, válvulas de disparo de agentes extintores, fechamento de portas CORTA-FOGO e monitores;

4-Rede de interligação - Conjunto de circuitos que interligam a central com os dispositivos de entrada, saída e as fontes de energia do sistema.

As centrais de alarme (ver NBR 9441) e controle devem ficar em locais de fácil acesso e permanentemente vigiadas. A instalação de detectores se faz por zonas coincidentes com cada setor de incêndio. Assim, as características do fogo que pode ser produzido no setor e a atividade que lá se desenvolve, determinam o tipo adequado de detector a especificar.

Os detectores podem ser pontuais, lineares, de fumaça, temperatura, de chama ou eletroquímicos.

A extinção pode ser feita pelos seguintes equipamentos ou suas combinações: extintores móveis (ver NBR 12693) e hidrantes de parede (ver NBR13714). Chuveiros automáticos para extinção de incêndio não podem ser utilizados em áreas críticas cujo interior possuam pacientes. *(Redação dada pela RESOLUÇÃO - RDC Nº 307, DE 14 DE NOVEMBRO DE 2002)*

As instalações automáticas de extinção, por sua vez, têm como missão o combate em uma área determinada de um incêndio, isso mediante a descarga de agentes extintores. Essas instalações são usadas em zonas de alto risco e cujo conteúdo seja de grande valor. Se para a descarga de combate for necessária energia elétrica o sistema deverá estar ligado à rede de emergência.

Os sistemas de detecção e alarme têm de ser utilizados nos EAS que tenham:

1 - Mais de 3 (três) pavimentos incluindo subsolo;e

2 - Uma área construída maior que 2.000 m2.

Os detectores de fumaça serão obrigatoriamente utilizados nos quartos e enfermarias de geriatria, psiquiatria e pediatria. As outras zonas de internação disporão de detectores de fumaça no interior de locais onde não seja previsível a permanência constante de pessoas. Locais esses como depósitos, vestiários, escritórios, despensas, etc.

Os locais de risco especial, por sua vez, possuirão detectores adequados à classe previsível do fogo.

E- **NORMATIZAÇÃO BRASILEIRA REFERENTE À SEGURANÇA CONTRA INCÊNDIO EM EDIFICAÇÕES URBANAS A SEREM OBSERVADAS.** (Redação dada pela **RESOLUÇÃO - RDC Nº 307, DE 14 DE NOVEMBRO DE 2002**)

NBR 9441 -Execução de sistemas de detecção e alarme de incêndio;

NBR 8674 -Execução de sistemas fixos automáticos de proteção contra incêndio com água nebulizada para transformadores e reatores de potência;

NBR 9441 -Execução de sistemas de detecção e alarme de incêndio - procedimento;

NBR 14432 -Exigências resistência ao fogo de elementos construtivos de edificações;

NBR 5628 -Componentes construtivos estruturais. Determinação da resistência ao fogo;

NBR 6125 -Chuveiros automáticos para extinção de incêndio;

NBR 9077 -Saídas de emergência em edifícios;

NBR 11785 -Barra antipânico - especificação;

NBR 11742 -Porta corta-fogo para saídas de emergência;

NBR 11711 -Portas e vedadores corta-fogo com núcleo de madeira para isolamento de riscos em ambientes comerciais e industriais;

NBR 13714 Sistemas de hidrantes e de mangotinhos para combate a incêndios; NB 98 - Armazenamento e manuseio de líquidos inflamáveis e combustíveis;

NBR 10897 -Proteção contra incêndio por chuveiro automático;

NBR 12693 -Sistemas de proteção por extintores de incêndio;

NBR 13434 -Sinalização de segurança contra incêndio e pânico - Formas, dimensões e cores;

NBR 13435 -Sinalização de segurança contra incêndio e pânico;

NBR 13437 -Símbolos gráficos para sinalização contra incêndio e pânico; e

NBR 11836 -Detectores automáticos de fumaça para proteção contra incêndio.

ADENDO

População usuária do EAS

Para determinação das relações entre as diversas atribuições do EAS, faz-se necessário reconhecer as categorias de pessoas usuárias e circulantes no estabelecimento, que via de regra definirão os fluxos e acessos.

Adota-se a seguinte classificação por categoria para essa população:

1-Paciente - pessoa que está sob cuidados médicos:

1.1- paciente externo - paciente que após ser registrado num estabelecimento de saúde, recebe assistência ambulatorial ou de emergência (unidades funcionais diretamente vinculadas, ambulatório e atendimento imediato); e,

1.2- paciente interno - paciente que admitido no estabelecimento de saúde passa a ocupar um leito por período acima de 24 horas (unidade funcional diretamente ligada, internação).

*Classificação dos pacientes segundo faixa etária:

Recém-nascido - 0 a 28 dias;

Lactente - 29 dias a 1 ano e 11 meses completos;

Criança - 2 a 9 anos;

Adolescente - 10 a 19 anos; e, Adulto - mais de 20 anos.

2-Doador- pessoa que voluntariamente doa insumos humanos com fins terapêuticos.

2.1- De sangue; e

2.2- De leite humano.

3-Funcionário - pessoa que tem ocupação profissional no estabelecimento:

3.1-Administrativo (nível superior, nível técnico e intermediário e nível auxiliar); e

3.2- Assistencial (nível superior, nível técnico e intermediário e nível auxiliar).

4-Aluno - pessoa que recebe instrução e/ou educação, no estabelecimento:

4.1-Técnico;

4.2-Graduação;

4.3-Pós-graduação;e,

4.4-Estagiário.

5-Público - pessoa que circula no estabelecimento sem nenhuma das características citadas acima:

5.1- Acompanhante de paciente;

5.2- Visitante de paciente;

5.3- Fornecedor de materiais, prestador de serviços, vendedor de materiais e serviços; e,

5.4- Visitante, conferencista, instrutor, convidado, etc.

GLOSSÁRIO 14

ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas, órgão designado pelo COMMETRO como o responsável pela normalização técnica no país.

Abrigo de recipientes de resíduos - Ambientes destinados à guarda externa de resíduos de serviços de saúde sólidos (lixo) e higienização dos recipientes coletores.

Administração - unidade destinada ao desenvolvimento das atividades administrativas do estabelecimento de saúde.

Alarme de emergência - alarme que indica a necessidade de intervenção da equipe de saúde.

Alarme operacional - alarme que indica a necessidade de intervenção da equipe de técnica.

Almoxarifado - unidade destinada ao recebimento, guarda, controle e distribuição do material necessário ao funcionamento do estabelecimento de saúde.

Alojamento conjunto - modalidade de acomodação do recém-nascido normal em berço contíguo ao leito da mãe.

Ambiente - espaço fisicamente determinado e especializado para o desenvolvimento de determinada(s) atividade(s), caracterizado por dimensões e instalações diferenciadas. Um ambiente pode se constituir de uma sala ou de uma área.

Ambiente de apoio - sala ou área que dá suporte aos ambientes destinados às atividades fins de uma unidade.

Ambulatório - unidade destinada à prestação de assistência em regime de não internação.

Anatomia patológica - unidade destinada a realizar exames citológicos e estudos macro e ou microscópicos de peças anatômicas retiradas cirurgicamente de doentes ou de cadáveres, para fins de diagnóstico.

Animais sinantrópticos - espécies que indesejavelmente coabitam com o homem, tais como os roedores, baratas, moscas, pernilongos, pombos, formigas, pulgas e outros.

Área - ambiente aberto, sem paredes em uma ou mais de uma das faces.

Área para assistência de RN - ambiente destinado à execução dos primeiros cuidados do recém-nascido e à sua identificação.

Atendimento imediato - unidade destinada à assistência de pacientes, com ou sem risco de vida, cujos agravos à saúde necessitam de pronto atendimento.

Atividade - cada uma das ações específicas, que no seu conjunto atendem ao desenvolvimento de uma atribuição.

Atribuição - conjunto de atividades e sub-atividades específicas, que correspondem a uma descrição sinóptica da organização técnica do trabalho na assistência à saúde.

Banheiro - ambiente dotado de bacia(s) sanitária(s), lavatório(s) e chuveiro(s).

Barreira (contra contaminação) - bloqueio físico que deve existir nos locais de acesso a área onde seja exigida assepsia e somente se permita a entrada de pessoas com indumentária apropriada (paramentação).

Berçário - ambiente destinado a alojar recém-nascidos.

Berçário de cuidados intermediários - Ambiente hospitalar destinado à assistência ao recém-nascido enfermo e/ou prematuro sem necessidade de cuidados intensivos e/ou aqueles que receberam alta da unidade de terapia intensiva neonatal.

Berçário de cuidados intensivos - Ambiente hospitalar destinado à assistência aos recém-nascidos que requeiram assistência médica, de enfermagem, laboratorial e radiológica ininterruptas.

Central de material esterilizado (CME) - unidade destinada à recepção, expurgo, limpeza, descontaminação, preparo, esterilização, guarda e distribuição dos materiais utilizados nas diversas unidades de um estabelecimento de saúde. Pode se localizar dentro ou fora da edificação usuária dos materiais.

Centro cirúrgico - unidade destinada ao desenvolvimento de atividades cirúrgicas, bem como à recuperação pós-anestésica e pós-operatória imediata.

Centro cirúrgico ambulatorial - unidade destinada ao desenvolvimento de atividades cirúrgicas que não demandam internação dos pacientes.

Centro de parto normal - unidade ou EAS que presta atendimento humanizado e de qualidade exclusivamente ao parto normal sem distócias. Caso se configure em um EAS isolado, extra-hospitalar, deve ter como referência um hospital que seja alcançável em no máximo uma hora.

Centro obstétrico - unidade destinada a higienização da parturiente, trabalho de parto, parto (normal ou cirúrgico) e os primeiros cuidados com os recém-nascidos.

CTI - conjunto de UTIs agrupadas num mesmo local.

Depósito de equipamentos/materiais - ambiente destinado à guarda de peças de mobiliário, aparelhos, equipamentos e acessórios de uso eventual.

Depósito de material de limpeza - sala destinado à guarda de aparelhos, utensílios e material de limpeza, dotado de tanque de lavagem.

Documentação e informação - unidade destinada à identificação, seleção, controle, guarda, conservação e processamento das informações de todos os dados clínicos e sociais de paciente ambulatorial ou internado. Compreende o registro geral, o arquivo médico e estatística.

Edificação de multiuso - edificação não exclusiva para EAS.

Emergência - unidade destinada à assistência de pacientes com risco de vida, cujos agravos necessitam de atendimento imediato utilizando-se técnicas complexas de assistência.

Enfermaria - ambiente destinado à internação de pacientes, dotado de banheiro anexo, com capacidade de três a seis leitos.

Estabelecimento assistencial de saúde (EAS) - denominação dada a qualquer edificação destinada à prestação de assistência à saúde à população, que demande o acesso de pacientes, em regime de internação ou não, qualquer que seja o seu nível de complexidade.

Estabelecimento autônomo especializado - EAS que realiza atividades especializadas relativas a uma ou mais unidades funcionais. Funciona físico e funcionalmente isolado - extra-hospitalar, dispondo de recursos materiais e humanos compatíveis à prestação de assistência.

Esterilização terminal - esterilização da embalagem e produto juntos.

Farmácia - unidade destinada a programar, receber, estocar, preparar, controlar e distribuir medicamentos ou afins e/ou manipular fórmulas magistrais e oficinais.

Hemoterapia e hematologia - unidade destinada à coleta, processamento, armazenamento, distribuição e transfusão de sangue e seus hemocomponentes. Algumas unidades podem não executar algumas dessas atividades descritas anteriormente.

Hospital - estabelecimento de saúde dotado de internação, meios diagnósticos e terapêuticos, com o objetivo de prestar assistência médica curativa e de reabilitação, podendo dispor de atividades de prevenção, assistência ambulatorial, atendimento de urgência/emergência e de ensino/pesquisa.

Hospital-dia (regime de) - modalidade de assistência à saúde, cuja finalidade é a prestação de cuidados durante a realização de procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na unidade por um período de até 24 horas.

Imagenologia - unidade funcional, podendo ser também uma unidade física, que abriga as atividades ou ambientes cujos exames e/ou terapias se utilizam de imagens.

Internação - admissão de um paciente para ocupar um leito hospitalar, por um período igual ou maior que 24 horas.

Internação - unidade destinada à acomodação e assistência do paciente internado.

Isolamento - quarto destinado a internar pacientes suspeitos ou portadores de doenças transmissíveis ou proteger pacientes altamente suscetíveis (imunodeprimidos ou imunosuprimidos).

Laboratório de emergência - Laboratório de funcionamento ininterrupto que congrega todas as atividades dos demais laboratórios, composto normalmente de um único salão subdividido em áreas distintas, onde são realizados os diversos tipos de exames. Sua existência dá-se em função do não funcionamento por 24 horas dos demais laboratórios. Serve principalmente à UTI, UTQ e Atendimento Imediato.

Lactário - unidade com área restrita, destinada à limpeza, esterilização, preparo e guarda de mamadeiras, basicamente, de fórmulas lácteas.

Lavabo cirúrgico - exclusivo para o preparo cirúrgico das mãos e antebraço.

Lavatório - peça sanitária destinada exclusivamente à lavagem de mãos.

Leito de observação ou auxiliar - leito destinado a acomodar os pacientes que necessitem ficar sob supervisão médica e ou de enfermagem para fins de diagnóstico ou terapêutica durante um período inferior a 24 horas.

Leito hospitalar - cama destinada à internação de um paciente no hospital. (Não considerar como leito hospitalar os leitos de observação e os leitos da Unidade de Terapia Intensiva).

Medicina nuclear - unidade destinada à execução de atividades relacionadas com a utilização de substâncias radioativas, para fins de diagnóstico e tratamento.

Necrotério - unidade ou ambiente destinado à guarda e conservação do cadáver.

Norma - modelo, padrão, aquilo que se estabelece como base ou unidade para a realização ou avaliação de alguma coisa.

Normalização ou normatização - atividade que visa a elaboração de padrões, através de consenso entre produtores, prestadores de serviços, consumidores e entidades governamentais.

Parto normal - aquele que tem início espontâneo, é de baixo risco no início do trabalho de parto e assim permanece ao longo do trabalho de parto e parto, o bebê nasce espontaneamente na posição de vértice entre 37 e 42 semanas de gestação e, após o parto, mãe e bebê estão em boas condições.

Patologia clínica - unidade destinada à realização de análises clínicas necessárias ao diagnóstico e à orientação terapêutica de pacientes.

Pia de Despejo - peça sanitária destinada a receber resíduos líquidos e pastosos, dotada de válvula de descarga e tubulação de esgoto de 75mm no mínimo.

Pia de lavagem - destinada preferencialmente à lavagem de utensílios podendo ser também usada para a lavagem das mãos.

Posto de enfermagem - área destinada à enfermagem e/ou médicos, para a execução de atividades técnicas específicas e administrativas.

Quarto - ambiente com banheiro anexo destinado à internação de pacientes, com capacidade para um ou dois leitos.

Radiologia - unidade onde se concentram equipamentos que realizam atividades concernentes ao uso de Raios X para fins de diagnóstico.

Radioterapia - unidade destinada ao emprego de radiações ionizantes com fins terapêuticos.

Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) - resíduos resultantes das atividades exercidas por estabelecimento gerador, classificado de acordo com regulamento técnico da ANVISA sobre gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.

Rouparia - sala, área para carro roupeiros ou armário destinado à guarda de roupa proveniente da lavanderia.

Sala - ambiente envolto por paredes em todo seu perímetro e uma porta.

Sala de entrevistas (UTI) - ambiente destinado ao atendimento de acompanhantes de pacientes internados na UTI, com vistas ao repasse de informações sobre o mesmo.

Sala de pré-parto - ambiente destinado a acomodar a parturiente durante a fase inicial do trabalho de parto.

O quarto individual de internação pode ser utilizado para esta atividade.

Sala de preparo de equipamentos e materiais - ambiente destinado a realização dos diversos procedimentos de limpeza e desinfecção de equipamentos e materiais médico-hospitalares (respiradouros, sondas, etc.). Deve ser dotado de ducha para limpeza destes equipamentos.

Sala de recuperação pós-anestésica - ambiente destinado à prestação de cuidados pós-anestésicos e ou pós-operatórios imediatos a pacientes egressos das salas de cirurgia.

Sala de resíduos - ambiente destinado à guarda interna provisória de recipientes de resíduos sólidos (lixo) segregados até seu recolhimento ao abrigo de recipientes de resíduos.

Sala de serviço - ambiente destinado exclusivamente as atividades de enfermagem da unidade.

Sala de utilidades ou expurgo - ambiente destinado à limpeza, desinfecção e guarda dos materiais e roupas utilizados na assistência ao paciente e guarda temporária de resíduos. Deve ser dotado de pia e/ou esguicho de lavagem e de pia de despejo com válvula de descarga e tubulação de esgoto de 75mm no mínimo. Nos EAS de nível primário, pode-se dispensar a área de lavagem e descontaminação da central de material esterilizado - simplificada em favor da sala de utilidades.

Sala para PPP - ambiente específico para realização, exclusivamente, de partos não cirúrgicos através de técnicas naturais onde o pré-parto, o parto e o pós-parto acontecem no mesmo ambiente, tornando assim o parto mais humanizado, com a participação intensa de acompanhantes (marido, mãe, etc.) da parturiente. A sala deve possuir em todas as faces, elementos construtivos ou de decoração que permitam o completo isolamento visual e, se possível acústico.

Sala para AMIU - ambiente destinado à aspiração manual intra-uterina, realizada com anestesia local.

Sanitário - ambiente dotado de bacia (s) sanitária(s) e lavatório (s).

Tipologia - são os diversos modelos funcionais, resultantes do conjunto de atribuições que juntas compõe a edificação do estabelecimento de saúde.

Unidade - conjunto de ambientes fisicamente agrupados, onde são executadas atividades afins.

Unidade de acesso restrito - unidade física com barreira e controle de entrada e saída de pessoas e de material. Possui todo conjunto de ambientes fins e de apoio dentro da própria área da unidade.

Unidade física - conjunto de ambientes fins e de apoio pertencentes a uma unidade funcional.

Unidade funcional - conjunto de atividades e sub-atividades pertencentes a uma mesma atribuição.

Urgência de alta complexidade - unidade destinada à assistência de pacientes sem risco de vida, cujos agravos necessitam de atendimento imediato utilizando-se técnicas complexas de assistência.

Urgência de baixa complexidade - unidade destinada à assistência de pacientes sem risco de vida, cujos agravos necessitam de atendimento imediato utilizando-se técnicas simples de assistência. Pode estar inserida na Unidade de Emergência ou de Alta Complexidade.

UTI - 1. Unidade de terapia intensiva - unidade que abriga pacientes de requeiram assistência médica, de enfermagem, laboratorial e radiológica ininterrupta - 2. Unidade específica dentro de uma CTI. Exemplo: unidade coronariana.

UTI neonatal - berçário de cuidados intensivos com todos os ambientes de apoio necessários.

UTQ - unidade de tratamento de queimados.

Vestiário - ambiente destinado à troca de roupa Vestiário central de funcionários - ambiente dotado de bacias sanitárias, lavatórios, chuveiros e área de troca de roupa.

Vestiário de barreira - ambiente exclusivo para paramentação definida pela CCIH do EAS. Serve de barreira (controle de entrada e saída) à entrada da unidade. Pode estar acoplado ou não a um sanitário ou banheiro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

FONTES BIBLIOGRÁFICAS DA PARTE I

1.PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Secretaria de Administração Pública - SEDAP. Práticas SEDAP. Brasília, 1988.

2. MINISTERIO DA ADMINISTRAÇÃO FEDERAL E REFORMA DO ESTADO. Portaria GM nº 2.296 de 23/07/97 . Diário Oficial da União de 31/07/1997, Seção 1.

3. MINISTERIO DA SAÚDE. Normas para projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Portaria 1884/94. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília, 1994. (todos os capítulos)

FONTES BIBLIOGRÁFICAS DA PARTE II

1.AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA/UNIDADE DE CONTROLE DE INFECÇÃO: Manual de Lavanderia em Serviços de Saúde. Brasília, 2002.

2.AMERICAN INSTITUTE OF ARCHITECTS. Guidelines for construction and equipment of hospital and medical facilities ,1987 Edition. Washington, D.C, 1987.

3.ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 9050 Adequação da edificação e do mobiliário urbano ao deficiente físico. São Paulo, 1985.

4.BRASIL. Constituição, 1988. Constituição da república federativa do Brasil. Brasília , Senado Federal, 1988.

5.BROSS, J.C. Requisitos Básicos no Planejamento Hospitalar. In: Gonçalves, E.L., coord. O hospital e a visão administrativa contemporânea. São Paulo, Pioneira, 1983. p. 53-64.

6.COMISSÃO NACIONAL DE ENERGIA NUCLEAR - CNEN. NE 3.06. Requisitos de radioproteção e segurança para serviços de radioterapia. Rio de Janeiro, 1990.

7.COMISSÃO NACIONAL DE ENERGIA NUCLEAR - CNEN NE 3.05 - Requisitos de radioproteção e segurança para serviços de medicina nuclear. Rio de Janeiro, 1996.

8.COMISSÃO NACIONAL DE ENERGIA NUCLEAR - CNEN.NE 3.02. Serviços de radioproteção. Rio de Janeiro, 1988.

COMISSÃO NACIONAL DE ENERGIA NUCLEAR - CNEN NE. 3.01. Diretrizes básicas de radioproteção. Rio de Janeiro, 1988.

9.DELRUE, J. Racionalización de la planificación y construcción de instalaciones de asistencia medica en los países en desarrollo. In: Kleczkowski, B.M. & Pibouleau, R., eds. Critérios de planificación y diseño de instalaciones de atención de la salud en los países en desarrollo. Washington, Organización Pan-americana de Salud, 1979. V.1. (Publicación científica, 379). p. 67-135.

10.GOBBO, M.A.R & MACULEVICIUS, J. Manual de organização do lactário. Livraria Atheneu. Rio de Janeiro, 1985.

11.ISAZA P. & Santana C. Guias de diseño hospitalário para America Latina. Organizacion Pan-americana de la Salud, 1991.

12.JAMES, W. P. & TATTON-BROWN, W. Hospital, desing and development. London, The Architectural Press, 1986.

13.KARMAN, JARBAS. Iniciação a arquitetura hospitalar. União Social Camiliana, Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração da Saúde, São Paulo.

14.MEIN, Ph. El hospital de primeira linea. In: Kleczkowski, B.M. & Pibouleau, R., ed. Critérios de planificación y diseño de instalaciones de atención de la salud en los países en desarrollo. Washington, D.C. Organización Pan-americana de la Salud, 1986. V.A. (Publicación Científica, 495). P.199-215.

15.MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. Centro de Desenvolvimento e Apoio Técnico à Educação. Programação arquitetônica de biotérios. Brasília, 1986.

16.MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. Central de Medicamentos. Almoxarifados centrais de medicamentos. Brasília, 1984.

17.MINISTÉRIO DA SAÚDE. Projeto de normas disciplinadoras da construções hospitalares. Rio de Janeiro, 1965.

18.MINISTÉRIO DA SAÚDE. Projeto de normas para estatutos e regulamento hospitalares. Rio de Janeiro, 1966.

19.MINISTÉRIO DA SAÚDE. O hospital e suas instalações: projeto de recomendações. Rio de janeiro, 1967.

20.MINISTÉRIO DA SAÚDE. Normas de construção e instalação de hospital geral. Brasília, 1974.

21. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Hospital geral de pequeno e médio portes: equipamento e material. Brasília, 1980.
22. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Equipamento e material para posto, centro de saúde e unidade mista. Brasília, 1985.
23. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Rede de laboratório de saúde pública: estrutura básica. Brasília, 1980.
24. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Terminologia básica de saúde. Brasília, Centro de Documentação, 1983.
25. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de controle de infecção hospitalar. Brasília, Centro de Documentação, 1985.
26. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instrumento de avaliação para hospital geral de médio porte. Brasília, 1986.
27. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Hospital Geral de pequeno porte. Brasília, 1985.
28. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Hospital de Oncologia, Brasília, 1986.
29. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Normas e padrões de construções e instalações de serviços de saúde, 2. ed. Brasília, 1987.
30. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Normas para a construção e instalação de creches. Brasília, Centro de Documentação, 1989.
31. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Normas para funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idoso. Brasília, 1989.
32. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ABC do SUS. Brasília, 1990
33. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei orgânica da saúde. Brasília, Assessoria de Comunicação Social, 1990.
34. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Normas para implantação de unidades de hemoterapia e hematologia. Brasília, 1992.
35. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição - INAN. Armazenamento convencional de alimentos básicos. Brasília, 1983 (Mimeografado).
36. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição - INAN. Manual de armazenagem dos alimentos nas unidades de saúde. Brasília, 1983. (Mimeografado)
37. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Equipamentos para estabelecimentos assistenciais de saúde. Planejamento e dimensionamento. Brasília, 1994.
38. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Recomendações técnicas para o funcionamento de bancos de leite humano. Brasília, 1998.
39. MINISTÉRIO DA INDÚSTRIA E COMÉRCIO. EMBRATUR - Empresa Brasileira de Turismo. Manual de orientação. Meio de hospedagem de turismo. Rio de Janeiro.
40. MIQUELIN Lauro Carlos. Anatomia dos Edifícios Hospitalares. CEDAS. São Paulo. 1992
41. MEZZONO Augusto Antônio. Lavanderia Hospitalar - Organização e Técnica. 5ª edição. CEDAS. São Paulo. 1992.
42. MEZZONO Augusto Antônio. Serviço de Prontuário do Paciente - Organização e Técnica. 4ª edição. CEDAS. São Paulo, 1992.
43. NILSSON, N. Prevision de futuras ampliaciones y reformas durante el proceso de planificación. In: Kleczkowski, B. M. & Pibouleau, R., eds. Criterios de planificación y diseño de instalaciones de atención de la salud em los países en desarrollo. Washington, DC Organización Pan-americana de la Salud, 1979. V2. (Publicación científica, 382).p.109-32
44. OLIVEIRA, N.F.W. & Nery, Marly. Administração em serviços de nutrição. Rio de Janeiro/RJ. Editora Cultura médica Ltda. 1986.
45. POSTILL, J. Evaluación física y funcional de las instalaciones existentes. In: Kleczkowski, B.M. & Pibouleau, R., ed. Criterios de Planificación y diseño de instalaciones de atención de la salud em los países en desarrollo. Washington, DC., Organización Pan-americana de la Salud, 1986. V.4 (Publicación científica, 495). p. 286-304.
46. RICHTER H.B. Planejamento da construção hospitalar. Separata da revista Vida Hospitalar Vol nº 6, 1972.
47. TORRES, SILVANA & LISBOA, TERESINHA C. Limpeza e higiene/lavanderia hospitalar. Balieiro Editores Ltda. São Paulo. 1999.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS DA PARTE III, ITEM 4

1. ABNT. Normas em geral.
2. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Normas e padrões de construções e instalações de serviços de saúde, 2. ed. Brasília, 1987.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS DA PARTE III, ITEM 5

1. ABNT: Manual de Normas Técnicas.
2. ALEXANDER, Ch. et al.: A Pattern Language: Towns, Buildings, Construction. Oxford, N.Y.: 1977.
3. BNH-CEPAM: Diretrizes Para o Controle de Obras Pelo Município. Rio: BNH/ Depo. de Pesquisa, 1981.
4. CARVALHO, B. A.: Acústica Aplicada à Arquitetura. São Paulo: Ed. Freitas Bastos, 1967.
5. CAVALCANTI, D.: Legislação de Conservação da Natureza. Rio: 1981.
6. CHOAY, F. et MERLIM, P.: Dictionaire de L'Urbanisme et de L'Aménagement. Paris: PUF, 1988.
7. CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. Brasília: Centro Gráfico do Senado, 1988.
8. DAJOS, R.: Précis d'Ecologie. Paris: Dunod, 1971.
9. De MARCO, C. S.: Elementos de Acústica Arquitetônica. São Paulo: Ed. Nobel, 1986.
10. FERNANDES, P.: L'Aide à la Conception Climatique en Pays Chauds. Toulouse: Cea, 1986.
11. FROTA, A. B. & SCHIFFER, S. R.: Manual de Conforto Térmico. São Paulo: Ed. Nobel, 1987.
12. GROPIUS, W.: Bauhaus Novarquitetura. São Paulo: Ed. Perspectiva, 1972.
13. KOENIGSBERGER, O. et al.: Manual of Tropical Housing and Building - Part One: Climatic Design. UK: Longman, 1974.
14. KRUGUER, M. J.: Programação Arquitetônica Hospitalar. Brasília: UnB, 1985. Mimeo.
15. MACHADO, I., OLIVEIRA, T., RIBAS, O.: Cartilha: Procedimentos Básicos para uma Arquitetura no Trópico úmido. São Paulo: Ed. Pini, 1986.
16. MASCARÓ, L. R.: Energia na Edificação - Estratégias para minimizar seu consumo. São Paulo: Projeto Ed., 1985.

- 17.MEC / CAPES / UnB: Curso de Especialização Controle Ambiental em Arquitetura - módulo 1. Brasília: UnB, 1985. Mimeo.
- 18.MINISTERE DES RELATIONS EXTERIEURES: Bioclimatisme en Zone Tropicale. Paris: GRET, 1986.
- 19.MINISTERE DES RELATIONS EXTERIEURES: Toitures en Zones Tropicales Arides. Paris: GRET, 1986.
- 20.MINISTÉRIO DA SAÚDE / SNABS: Normas e Padrões de Construções e Instalações de Serviços de Saúde. Brasília: Centro de Documentação do MS, 1983.
- 21.MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Assistência à Saúde/ OLIVEIRA, T. A., RIBAS, O.: Textos de Apoio à Programação Física dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde-Sistemas de Controle das Condições Ambientais de Conforto.Brasília D.F., 1995. Mimeo.
- 22.MOLINER, F. R.: Conforto Térmico y Ventilación en una Situación Urbana. Madrid: Gráfica Hernandes, 1977.
- 23.MOTA, S.: Planejamento Urbano e Preservação Ambiental. Fortaleza: UFC / PROED, 1981.
- 24.MUELLER, C. G. et al.: Luz e Visão. Rio de Janeiro: Livraria José Olympio, 1966.
- 25.OLIVEIRA, P. M. P.: Cidade Apropriada ao Clima - A forma Urbana como Instrumento de Controle do Clima Urbano. Brasília: Ed. UnB, 1988.
- 26.OPAS / OMS: Críterios de Planificación y Deseño de Instalaciones de Atención de la Salud en los Países en Desarrollo. Piboleau Ed., 1979.
- 27.PRATINI, E.: Morfologias Urbanas e o Potencial de Iluminação Natural nos Espaços Interiores das Edificações. Dissertação de Mestrado em Desenho Urbano. Brasília: UnB / URB, 1991. Mimeo.
- 28.RIVERO, R.: Acondicionamento Térmico Natural - Arquitetura e Clima. Porto Alegre, 1985.
- SECRETARIA DO MEIO AMBIENTE DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA: Resoluções do CONAMA / 1984 a 1990. Brasília: IBAMA, 1990.
- 29.STEVENS, S. et al.: Som e Audição. Rio de Janeiro: Livraria José Olímpio, 1970.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS DA PARTE III, ITEM 6

- 1.AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA/UNIDADE DE CONTROLE DE INFECÇÃO: Manual de Lavanderia para Serviços de Saúde. Brasília, 2002.
- 2.ARAÚJO, O; BARCELLOS, R; BICALHO, F., MALTA, M.: Arquitetura no Controle de Infecção Hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde, 1992.
- 3.BENNET & BRACHMAN: Hospital Infections. Boston: Sitle & Brown, 1986.
- 4.BLOCK, S.: Desinfection, Sterilization and Preservation. Ed. Cidade, 1991.
- 5.CENTERS FOR DISEASES CONTROL:: Guidelines for Preventing the transmission of Tuberculosis in Health-Care Settings, with Special Focus on HIV-Related Issues. Atlanta, Georgia, US: Department of Health and Human Services-Public Health Service, Dec. 1990.
- 6.CDC- CENTRO DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS. Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA. Biossegurança em Laboratórios Biomédicos e de Microbiologia. 4ª edição. Washington. EUA. 1999. Tradução: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Brasília, DF. 2000.
- 7.FERNANDES, ANTONIO TADEU. Infecção Hospitalar e suas interfaces na área da Saúde. Ateneu. São Paulo. 2001.
- 8.MINISTÉRIO DA SAÚDE / COORDENAÇÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR: Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde. Brasília: COCIN, 1993.
- 9.MEZZONO Augusto Antônio. Lavanderia Hospitalar - Organização e Técnica. 5ª edição. CEDAS. São Paulo. 1992
- 10.HOSPITAL DO SESI: Infecção Hospitalar. Maceió, 1992.
- 11.MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Assistência à Saúde / FIORENTINI, D., KARMAN, J. B., LIMA, V.H. : Textos de Apoio à Programação Física dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde-Arquitetura na Prevenção de Infecção Hospitalar, Brasília D.F., 1995. Mimeo.
- 12.KARMAN, J.: Tubulão para Retorno de Roupas. in: Hospital de Hoje. IPH - Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares. 1964. Vol.22, p.5.
- 13.KARMAN, J.; FIORENTINI, D.; LIMA, V.H. & KARMAN, J.N.: Arquitetura na Prevenção de Infecção em Cozinhas Hospitalares. 1990.
- 14.KARMAN, JARBAS: Manutenção Hospitalar Preditiva. Editora Pini Ltda. São Paulo, 1994.
- 15.LITSKY, B.Y.: Hospital Sanitation. Chicago: Clissold Pub.Co., 1966.
- 16.SEC. DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO: Isolamentos hospitalares. São Paulo: Sec. Saúde /Informes Técnicos, nov. 1991.
- 17._____: Normas de Isolamento e Precauções. CCIH - Serviço de Moléstias Infeciosas do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo. São Paulo: 1987.
- 18.THE TAMPA GENERAL HOSPITAL: Guidelines for Barrier Technics (Isolation). 1990.
- 19.TORRES, SILVANA & LISBOA, TERESINHA C. Limpeza e Higiene/Lavanderia Hospitalar. Balieiro Editores Ltda. São Paulo. 1999.
- 20.WENZEL, R.P. (ed.): Prevention and Control of Nosocomial Infections. Fotocópia s/ref.
- 21.ZANON, U. & NEVES, J.: Infecções Hospitalares - Prevenção, Diagnóstico e Tratamento. Ed. Cidade, 1987.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS DA PARTE III, ITEM 7

- 1.ABNT, Normas em geral
- 2.MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Assistência à Saúde / NETO S. L.: Textos de Apoio à Programação Física dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde-Instalações Prediais Ordinárias e Especiais, Brasília D.F., 1995. Mimeo.
- 3.KARMAN, JARBAS: Manutenção Hospitalar Preditiva. Editora Pini Ltda. São Paulo, 1994.
4. SANTANA, CRISMARA J. DA ROSA: Instalações Elétricas Hospitalares. EDIPUCRS, 2ª edição, 1999.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS DA PARTE III, ITEM 8

- 1.FRANCIS L; Building Construction For The Fire Service. Branningam, NFPA - National Fire Protection Association USA.
- 2.T. T. LIE; Fire And Building, Architectural Science Series, UK.
- 3.MARCHANT, E. W; A Complete Guide To Fire And Building, MTP, UK.

4. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Assistência à Saúde / NETO, M. A. L. : Textos de Apoio à Programação Física dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde- Condições de Segurança Contra Incêndio, Brasília D.F., 1995. Mimeo.

5. BARE, W. K. , WILEY AND SONS; Fundamental Of Fire Prevention., USA.

6. BUTCIER & PARNELL; Smoke Control In Fire Safty Design, Spon, UK.

7. FIRE RESEARCH STATION; Fire Safety Code For Buildings, UK.

8. ITSEMAP, MAPFRE, Instruções Técnicas de Proteção Contra Incêndios; Espanha.

Notas:

1. CDC- Centro de Prevenção e Controle de Doenças. Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA. Biossegurança em Laboratórios Biomédicos e de Microbiologia. 4ª edição. Washington. 1999. Tradução: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Brasília, DF. 2000.

2. Instalações ordinárias são as instalações elétricas, hidrosanitária e telefone. As especiais são todas as outras específicas para o EAS. As instalações de prevenção e combate a incêndio estão tratadas no item. - Condições de segurança contra incêndio.

3. Adota-se classificação da Portaria 2.296 de 23/07/97 do MARE, publicada no DO de 31/07/97. As siglas que a acompanham facilitam a elaboração da tabela dos ambientes

4. As instalações de processamento de dados não são tratadas.

5. Estão excluídas: a reserva para combate a incêndio, sistema central de ar condicionado e regação de jardins.

6. Agência Nacional de Vigilância Sanitária/Unidade de Controle de Infecção: Manual de Lavanderia em Serviços de Saúde. Brasília, 2002.

7. Os circuitos da iluminação devem ser totalmente distintos dos circuitos das tomadas desde a fonte de entrada de forma a se evitar interferências eletromagnéticas nos equipamentos.

8. Esta tomada pode estar no próprio quarto ou enfermaria ou no corredor da unidade.

9. No caso de utilização de equipamentos tipo monitores multiparamétricos, justifica-se a utilização de somente 6 (seis) tomadas.

10. Especialmente no caso de uso intensivo de equipamento biomédico na Unidade de Internação Intensiva, deve-se levar em conta o fato de existência de ambas as voltagens, 110v e 220v.

11. Esta tomada pode estar no próprio quarto ou enfermaria ou no corredor da unidade.

12. Fechamento significa porta encostada, e não bloqueada ou chaveada. As portas devem ser "de abrir" e nunca "de correr" ou giratórias.

13. Vide NBR 9077/93 - Saídas de emergência em edifícios

14. Este glossário se complementa com o livro Terminologia Básica em Saúde, Ministério da Saúde - Brasília, 1987.

(Of. El. nº 103/2002)

PUB D.O.U., 22/02/2002

Este texto não substitui a Publicação Oficial.



INFORMAÇÃO Nº 202/2025

Florianópolis, na data da assinatura eletrônica.

***Ementa:** Caracterização do SAMU 192. Contexto e desenvolvimento das atividades. Atribuições da SUE e DAPM. Contrato de Gestão nº 01/2024. Competência de acompanhamento e fiscalização do Serviço e suas bases operacionais. Consolidação do controle patrimonial. Solicitação de apoio. À COCPA.*

Senhora Coordenadora,

Cumprimentando-a cordialmente, vimos pelo presente apresentá-la ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192, para ao final aduzir a importantes apontamentos e requerer o auxílio da DGPA e COCPA. Trata-se de um componente especializado da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do SUS, e porta de entrada prioritária do sistema de saúde nos casos que envolvam emergências. Desde a CF/88, as Leis Federais nº 8.080/1990 e 8.142/1990, o Ministério da Saúde é responsável pelo norteamiento da política de saúde em âmbito nacional, desenvolvendo-a em parceria com os Estados e Municípios. Em 2002, foram estruturados os Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, definido pela Portaria MS/GM nº 2.048/2002 seu Regulamento Técnico, que abriu caminho para a instituição do SAMU, oficializada pelo DECRETO FEDERAL Nº 5.055/2004. Conforme o referido Regulamento para os sistemas estaduais de urgência,

Considera-se como nível pré-hospitalar móvel na área de urgência, o atendimento que procura chegar precocemente à vítima, após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, inclusive as psiquiátricas) [...]. O Serviço de atendimento pré-hospitalar móvel deve ser entendido como uma atribuição da área da saúde, sendo vinculado a uma Central de Regulação, com equipe e frota de veículos compatíveis com as necessidades de saúde da população de um município ou uma região, podendo, portanto, extrapolar os limites municipais.

Inscribe-se portanto o SAMU 192 como atendimento pré-hospitalar móvel, cuja normatização e parâmetros básicos estão previstos, sucintamente em:

- Portaria de Consolidação MS/GM nº 03/2017 – da estruturação da atenção à saúde;
- Portaria de Consolidação MS/GM nº 06/2017 – do financiamento e custeio das ações e serviços de saúde;
- Portaria MS/GM nº 2.048/2002 – regulamento dos sistemas de emergência estaduais;
- Deliberação CIB/SC nº 10/2004 – aprova o SAMU em Santa Catarina;
- Portaria MS/GM nº 4.279/2010 – organização das redes de atenção à saúde.

O Serviço é composto das unidades tipificadas abaixo, que recebem custeio federal do Ministério da Saúde também na forma exposta:

Unidade	Status no MS	Gestão (Estadual / Municipal)	Repasse do MS/mês
Embarcação	Habilitada	N/A	R\$ 58.500,00
	Qualificada	N/A	R\$ 97.500,00
Motolância	Habilitada	M	R\$ 9.100,00
	Qualificada	M	R\$ 9.100,00
Unidade de Suporte Básico	Habilitada	M	R\$ 17.062,50
	Qualificada	M	R\$ 28.494,70



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
DIRETORIA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL – SAMU 192

Unidade de Suporte Avançado	Habilitada	E	R\$ 50.050,00
	Qualificada	E	R\$ 62.687,30
Aeromédico	Habilitada	E	R\$ 50.050,00
	Qualificada	E	R\$ 62.687,30
Veículo de Intervenção Rápida	Habilitada	N/A	R\$ 50.050,00
	Qualificada	N/A	R\$ 62.687,30

Não se aplicam ao SAMU SC os veículos VIR e Ambulancha posto que não há nenhum recurso destes em operação no Estado. Na implantação do SAMU 192 em Santa Catarina (2004) ficou definido pela Deliberação CIB/SC nº 10/2004 que as Unidades de Suporte Avançado (USA) e Centrais de Regulação de Urgência (CRU) são custeadas pelo Estado de Santa Catarina e pelo Ministério da Saúde (responsabilidade Estadual), enquanto que as Unidades de Suporte Básico (USB) são custeadas pelos municípios e pelo Ministério da Saúde (responsabilidade Municipal). As CRU’S estão assim distribuídas:

CRU	Abrangência	Porte / Gestão	Repasse do MS/mês
Florianópolis	Grande Florianópolis	III / E	R\$145.891,20
Criciúma	Sul	III / E	R\$145.891,20
Chapecó	Grande Oeste	III / E	R\$145.891,20
Joinville	Norte/Nordeste	III / E	R\$145.891,20
Blumenau	Vale do Rio Itajaí	III / E	R\$145.891,20
Balneário Camboriú	Foz do Rio Itajaí	II / E	R\$111.697,95
Joaçaba	Meio Oeste	II / E	R\$111.697,95
Lages	Serra Catarinense	I / E	R\$68.386,50

Abaixo, portanto, apresentamos todas as unidades SAMU 192 de responsabilidade da SES:

MACRO	UNIDADES POR MUNICÍPIO	QTDE. USA/CRU	PROPRIEDADE	REGULARIDADE DA OCUPAÇÃO
GRANDE FPOLIS	CRU – Regulação	1	Estado de Santa Catarina	Pendente. Ocupação parcial imóvel DC
	Florianópolis	2	Locação	Regular
	São José	1	União	Sem instrumento autorizativo conhecido
	Palhoça	1	Locação	Regular
	Arcanjo 1 (asa rotativa)	1	União	Sem instrumento autorizativo conhecido – CBMSC
	Arcanjo 2 (asa fixa)	1	União	Sem instrumento autorizativo conhecido – CBMSC
NORTE/ NORDESTE	CRU – Regulação	1	Estado de Santa Catarina	Sem instrumento autorizativo conhecido
	Joinville	2	Locação	Regular
	Jaraguá do Sul	1	Locação	Regular
	Canoinhas	1	Estado de Santa Catarina	Sem instrumento autorizativo conhecido
	Mafra	1	Locação	Regular
GRANDE OESTE	CRU – Regulação	1	Estado de Santa Catarina	Sem instrumento autorizativo conhecido
	Chapecó	1	Locação	Regular



	São Miguel do Oeste	1	Locação	Regular
	Xanxerê	1	Estado de Santa Catarina	Sem instrumento autorizativo conhecido – CBMSC
	São Lourenço do Oeste	1	Estado de Santa Catarina	Regular. SIPAC nº 6120.
	Arcanjo (asa rotativa)	1	Estado de Santa Catarina	Sem instrumento autorizativo conhecido – PCSC
FOZ DO RIO ITAJAÍ	CRU – Regulação	1	Estado de Santa Catarina	Sem instrumento autorizativo conhecido – CBMSC
	Balneário Camboriú	1	Estado de Santa Catarina	Sem instrumento autorizativo conhecido – CBMSC
	Itajaí	1	Estado de Santa Catarina	Sem instrumento autorizativo conhecido – CBMSC
	Navegantes	1	Locação	Regular
	Itapema	1	Locação	Regular
MEIO OESTE	CRU – Regulação	1	Estado de Santa Catarina	Sem instrumento autorizativo conhecido – CBMSC
	Concórdia	1	Estado de Santa Catarina	Regular. SIPAC nº 5252.
	Caçador	1	Locação	Regular
	Curitibanos	1	Estado de Santa Catarina	Sem instrumento autorizativo conhecido – CBMSC
	Joaçaba	1	Estado de Santa Catarina	Sem instrumento autorizativo conhecido – CBMSC
	Videira	1	Locação	Regular
	Arcanjo (asa fixa)	1	Estado de Santa Catarina	Sem instrumento autorizativo conhecido – SES
SUL	CRU – Regulação	1	Estado de Santa Catarina	Sem instrumento autorizativo conhecido – CBMSC
	Araranguá	1	Estado de Santa Catarina	Sem instrumento autorizativo conhecido – CBMSC
	Criciúma	1	Estado de Santa Catarina	Afetado SIPAC nº 1288. Invadido. Demanda judicial.
	Tubarão	1	União	Em regularização. Proposta de doação na SPU.
	Arcanjo (asa rotativa)	1	Estado de Santa Catarina	Sem instrumento autorizativo conhecido – PCSC
VALE DO ITAJAÍ	CRU – Regulação	1	Estado de Santa Catarina	Sem instrumento autorizativo conhecido – CBMSC
	Blumenau	1	Estado de Santa Catarina	Sem instrumento autorizativo conhecido – CBMSC
	Brusque	1	Locação	Regular
	Rio do Sul	1	Locação	
	Arcanjo 3 (asa rotativa)	1	Estado de Santa Catarina	Sem instrumento autorizativo conhecido – CBMSC
SERRA CATARINENSE	CRU – Regulação	1	Estado de Santa Catarina	Sem instrumento autorizativo conhecido – CBMSC
	Lages	1	Estado de Santa Catarina	Sem instrumento autorizativo conhecido – CBMSC
	São Joaquim	1	Estado de Santa Catarina	Sem instrumento autorizativo – SES. Processo na SEA/GEIMO
	Arcanjo 4 (asa rotativa)	1	Estado de Santa Catarina	Sem instrumento autorizativo conhecido – PMSC

DA ESTRUTURA FÍSICA DO SAMU 192

Conforme informado, a gestão SES do SAMU 192 possui base territorial em todo o Estado de Santa Catarina, comportando USA’S terrestres, USA’S tipo aeromédico, CRU’S e, em algumas regiões, ambulância especializada para transporte de pacientes graves entre leitos UTI regulados – e em conformidade com o nível de complexidade. As tabelas 1 e 2 apresentam a parcela de cofinanciamento federal para sustentabilidade do programa. Entretanto nos termos da PRC MS/GM nº 06/2017, encadeiam-se as seguintes condicionantes para a transferência contínua do recurso:

Art. 926. A unidade do Componente SAMU 192, já habilitada terá direito à qualificação, com a alteração de valores de custeio de que trata esta Seção, mediante a apresentação dos seguintes documentos à CGUE/DAHU/SAS/MS: (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 28) [...]



Art. 927. Caberá à SAS/MS decidir acerca da solicitação de qualificação, mediante avaliação técnica da documentação listada no art. 926. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 29) [...]

Parágrafo Único. Se necessário, a SAES/MS poderá realizar visita técnica in loco ou por videochamada, a seu critério, a fim de atestar: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.260 de 02.12.2020)

I – a manutenção da padronização da estrutura física visual da Central de Regulação Médica e Bases Descentralizadas do SAMU 192; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 29, Parágrafo Único, I)

II – a padronização visual dos uniformes das equipes; e (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 29, Parágrafo Único, II)

[...]

Art. 932. O Ministério da Saúde suspenderá o repasse do incentivo de custeio destinado às Unidades Móveis do Componente SAMU 192 e/ou à respectiva Central de Regulação das Urgências nas seguintes hipóteses: (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 34)

I – descumprimento dos requisitos de habilitação definidos nesta Seção; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 34, I)

II – descumprimento dos requisitos de qualificação definidos nesta Seção; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 34, II)

Em cognição sumária, é possível depreender que a inadequação estrutural das bases SAMU 192 é suficiente para a suspensão do recurso de custeio federal. A própria SES/SC já experimentou tal situação nas bases de Caçador, Curitiba, Joaçaba e Chapecó, v.g. Os parâmetros estruturais e de padronização foram organizados pelo Programa Arquitetônico Mínimo SAMU 192 v. 2.0/2018 e pelo Manual de Identidade Visual SAMU 192, ambos editados pelo MS/Coordenação-Geral de Urgência. Ademais, os estabelecimentos de saúde estão sujeitos a uma série de normas complementares construtivas, de armazenamento de insumos, gases, acessibilidade, temperatura, higienização, entre outras. Incidem com maior preponderância as seguintes:

— Resolução da Diretoria Colegiada nº 50/2002 ANVISA. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

— Resolução da Diretoria Colegiada nº 44/2009 ANVISA. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

— Resolução da Diretoria Colegiada nº 222/2018 ANVISA. Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências.

— Resolução da Diretoria Colegiada nº 430/2020 ANVISA. Dispõe sobre as Boas Práticas de Distribuição, Armazenagem e de Transporte de Medicamentos.

— Resolução CONAMA nº 357/2005. Dispõe sobre a classificação dos corpos de água e diretrizes ambientais para o seu enquadramento, bem como estabelece as condições e padrões de lançamento de efluentes, e dá outras providências.

— Resolução CONAMA nº 430/2011. Dispõe sobre as condições e padrões de lançamento de efluentes, complementa e altera a Resolução no 357, de 17 de março de 2005, do Conselho Nacional do Meio Ambiente – CONAMA.

— Associação Brasileira de Normas Técnicas. ABNT/NBR 9050/2020. Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos.

DO DESENVOLVIMENTO DO SAMU PELA SES: SUE E DAPM

Ato contínuo, destacamos o DECRETO ESTADUAL nº 2.400/2022 que institui o Regimento Interno da SES, distribuindo as competências. Nesta esteira, compete à SUE (Art. 84):

I - colaborar na formulação de políticas públicas em consonância com os princípios e as diretrizes do SUS;



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
DIRETORIA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL – SAMU 192

II - coordenar a implantação, operacionalização e manutenção dos Serviços Móveis de Urgência Macrorregionais;

III - monitorar a acessibilidade e resolutividade do sistema de atenção integral às urgências, em seus diversos níveis, dentre eles as Unidades Básicas de Saúde, os Pronto Atendimentos, as UPAs, o SAMU 192 e as urgências hospitalares;

IV - coordenar, controlar e acompanhar, por meio da Central de Regulação, o fluxo de atendimento a urgências, de forma hierarquizada dentro do sistema;

V - promover, fomentar, ordenar e implementar ações relacionadas à educação permanente, por meio da GEREU; e

VI - coordenar as atividades da Central Única de Regulação.

No que tange à área de atendimento Pré-hospitalar móvel e sua Diretoria (DAPM, Art. 90):

I - colaborar na formulação das políticas públicas de saúde em consonância com os princípios e as diretrizes do SUS;

II - promover a escuta médica permanente para as urgências, por meio da Central de Regulação Médica das Urgências;

III - realizar a coordenação, regulação e supervisão médica, direta ou a distância, de todos os atendimentos pré-hospitais de urgência;

IV - promover a integração do serviço de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel (APH Móvel);

V - promover a articulação da estrutura de assistência do SAMU aos serviços de salvamento e resgate do Corpo de Bombeiros, da Polícia Militar, da Polícia Rodoviária, da Defesa Civil e das Forças Armadas, quando necessário;

VI - regular e gerenciar as transferências inter-hospitalares de pacientes graves internados pelo SUS, no âmbito macrorregional e estadual, por meio da Central de Regulação às Urgências, articulada com a CERINTER;

VII - gerenciar o Serviço Inter-Hospitalar;

VIII - participar da organização de planos de socorro em caso de desastres ou eventos com múltiplas vítimas, como acidentes aéreos, ferroviários, inundações, terremotos, explosões, intoxicações, acidentes químicos ou de radiações ionizantes e demais situações de catástrofes; e

IX - desenvolver e estimular atividades assistenciais, de ensino e pesquisa, servindo de fonte de pesquisa e extensão a instituições de ensino.

Com isso, temos que compete à SUE, e mais especificamente à DAPM o desenvolvimento da área de atendimento pré-hospitalar móvel de urgência, insculpindo-se aí o SAMU 192 estadual. No escopo decisório da SES, entendeu-se pela celebração de Contrato de Gestão nº 01/2024 com a Organização Social Fundação de Apoio ao Hemosc/Cepon – FAHECE para operacionalizar as USA 'S e unidades de transferências inter-hospitalares. De outro norte, as 08 Centrais de Regulação de Urgência seguem sob Administração Direta da SES. Em ambos os casos, contudo, cabe à SUE e sobretudo à DAPM o desenvolvimento e aperfeiçoamento da política pública para o APH móvel. Estrutura-se portanto a atividade da DAPM para a consecução deste objetivo bem como dos demais elencados no DEC 2.400/2022. A Diretoria executa e desenvolve os serviços da regulação médica das urgências, e constitui equipe técnica responsável pelo monitoramento e acompanhamento das atividades relativas ao citado CG. Aliás, citamos a CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DO ACOMPANHAMENTO, DA FISCALIZAÇÃO E DA AVALIAÇÃO DE RESULTADOS:

11.8. Além da CAF, haverá uma equipe técnica do ÓRGÃO SUPERVISOR (Superintendência de Urgência e Emergência - SUE), com finalidade de monitoramento e acompanhamento da execução dos itens contratuais, solicitando à EXECUTORA, sempre que necessário, esclarecimentos quanto à execução e documentos comprobatórios. Se restarem pendências, será informado à CAF para ciência e deliberações;

11.8.1. A equipe técnica da SUE, periodicamente, comparecerá aos locais da prestação de serviços e fiscalizará in loco todo o processo de trabalho realizado pela EXECUTORA, e o cumprimento dos itens contratuais.

Do contrato citado, destacamos ainda outras competências pontuais da DAPM, conforme:



3.7. É vedado à EXECUTORA, adotar medida unilateral de mudanças na carteira de serviços, nos fluxos de atenção consolidados, na implantação ou adoção de novos equipamentos, medicamentos e insumos de qualquer natureza, na estrutura geográfica e física das bases e CRU do SAMU, sem a prévia ciência e concordância do ÓRGÃO SUPERVISOR, salvo no caso da estrutura física por exigência dos órgãos regulamentadores;

[...]

4.9. Programar, em conjunto com a EXECUTORA, ampliação da rede de frota e bases descentralizadas deliberadas em CIB, bem como as adequações e mudanças necessárias.

Demonstrada a abrangência dos trabalhos desenvolvidos pela DAPM, insculpidos nos diplomas legais bem como no Contrato de Gestão nº 01/2024, levamos ao seu conhecimento demanda relevante e complexa referente ao SAMU 192, requerendo sua orientação na qualidade atribuída à SEA pela LC nº 741/2019.

CONTROLE PATRIMONIAL DO SAMU 192

Observando a Tabela 3, estão apenas os componentes e localidades sob responsabilidade da SES, direta ou sob contratualização. Independente se USA, Aeromédico ou CRU, todas as unidades necessitam de imóveis para base operacional. Esses imóveis são fundamentais, pois concentram atividades de:

- a) desinfecção de materiais e equipamentos utilizados no atendimento;
- b) higienização concorrente e terminal da ambulância após atendimento;
- c) armazenamento de cilindros de oxigênio, medicamentos, materiais de venopunção e outros insumos para a assistência ao paciente;
- d) almoxarifado com materiais de consumo comuns, além de gases, micropores e outros;
- e) área de alojamento e refeição para os profissionais, que trabalham em escala de plantão;
- f) estacionamento coberto e área para higienizar a ambulância com tratamento de efluentes em fossa séptica biodigestora;
- g) armazenamento de fichas e arquivos de atendimento.

Estando vinculados ao SAMU, e compondo um conjunto de bens imóveis cuja atribuição é objetivamente delimitada e caracterizada, demonstramos na Tabela 3 a diversidade da procedência dos imóveis destinados ao SAMU: locação de terceiros, cessão de uso da União, de municípios, imóveis dominicais do Estado destinados à SES, entre outros casos. A robustez que o controle patrimonial do SAMU vem tomando, bem como o aumento das demandas em volume e complexidade, levaram esta Diretoria a trabalhar em parceria rotineira com a Consultoria Jurídica desta Pasta. No decurso da instrução de processos referentes aos imóveis do SAMU, a COJUR já assentou alguns entendimentos. Citamos dois paradigmáticos:

— PARECER JURÍDICO Nº 2168/2025/SES/COJUR/CONS. Reforça a necessidade de cotação de preços pela FAHECE para execução de obras de reforma, reparos e adequações nos imóveis destinados ao SAMU. Obriga ainda à juntada do processo de cotação nos autos do SGP-e para análise e apreciação da DAPM – que atualmente conta com profissional Engenheiro Civil para o acompanhamento.

— PARECER JURÍDICO Nº 137/2025/SES/COJUR/CONS. Entende que a FAHECE não pode contratar obras em imóveis que não possuam benfeitoria alguma. De outro norte, está restrita à reformas, ampliações e reparos de pequeno porte – fundamentação na segurança jurídica e nos preceitos preponderantes da Lei de Licitações.

Tal entendimento torna a atividade de controle patrimonial do SAMU ainda mais desafiadora, a exigir conhecimento técnico na área bem como algumas instruções relativas aos processos de gestão de imóveis elaborados no bojo da SEA. Como se pode ver pela mesma Tabela 3, o conjunto de imóveis do SAMU engloba atualmente mais de 40 (quarenta) bases, boa parte das quais dependem de procedimentos de regularização. Outras estão em processo de mudança de base para imóveis próprios ou locados. Outras, ainda, ocupam áreas destinadas à aviação civil (ARCANJO) de propriedade do Estado ou da União. De mais a mais, independente da procedência e cabendo à



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
DIRETORIA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL – SAMU 192

DAPM desenvolver o APH móvel bem como manifestar-se sobre os aspectos técnico-administrativos, esta Diretoria vem ao longo do tempo estruturando seu controle patrimonial de forma a aliviar os processos de trabalho da GEAPO, dinamizar o andamento dos processos das bases operacionais (o SAMU sendo serviço de urgência demanda velocidade na consecução das tarefas) bem como evitar problemas derivados: alguns mais conhecidos que outros. Pendências em imóveis, por exemplo, podem gerar efeitos agregados na Prestação de Contas da OS. Verifica-se isto em São Joaquim, por exemplo. Atualmente, possuímos 16 (dezesseis) processos de regularização e/ou mudança das bases operacionais em andamento. Outros já são prospectados, especialmente considerando que a independência das bases do SAMU em relação ao CBMSC é benéfica para o Serviço – conforme já foi detectado pela SUE. Trata-se de alta carga de trabalho, cuja importância incide não só sobre os ditames legais relacionados aos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS), mas também sobre a continuidade do cofinanciamento federal para o bom desenvolvimento das atividades. A título de conhecimento, mensalmente o MS repassa à SES valor próximo de R\$3.000.000,00 totalizando aproximadamente R\$36.000.000,00/ano – de um recurso rubricado para o SAMU 192.

Busca-se demonstrar a complexidade e urgência da continuidade e consolidação do controle patrimonial do SAMU 192 envolvendo seu conjunto de imóveis. Para tanto, solicitamos o conhecimento técnico da DGPA no sentido de fornecer notas técnicas, instruções de trabalho, fluxogramas, minutas, documentos e demais materiais reportados relevantes para a atividade desenvolvida. À COCPA, encaminha-se por sua competência e experiência na área enquanto Unidade de Assessoramento da DGPA, nos termos do DECRETO ESTADUAL Nº 2.198/2022, Art. 25.

Contudo à consideração superior.

(assinatura eletrônica)
Ruben Souza
Técnico em Atividades Administrativas

De acordo. Encaminhe-se na forma sugerida.

(assinatura eletrônica)
Dionísio César Medeiros
Diretor do APH Móvel

Ciente.

(assinatura eletrônica)
Marcos Antônio Fonseca
Superintendente de Urgência e Emergência



Assinaturas do documento



Código para verificação: **T4J6W39U**

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:



RUBEN SOUZA (CPF: 108.XXX.119-XX) em 23/09/2025 às 14:36:26
Emitido por: "SGP-e", emitido em 14/03/2022 - 13:29:44 e válido até 14/03/2122 - 13:29:44.
(Assinatura do sistema)



MARCOS ANTÔNIO FONSECA (CPF: 939.XXX.419-XX) em 23/09/2025 às 16:26:27
Emitido por: "SGP-e", emitido em 10/06/2020 - 13:17:29 e válido até 10/06/2120 - 13:17:29.
(Assinatura do sistema)



DIONISIO CEZAR MEDEIROS (CPF: 767.XXX.579-XX) em 23/09/2025 às 17:51:51
Emitido por: "SGP-e", emitido em 22/02/2023 - 16:10:19 e válido até 22/02/2123 - 16:10:19.
(Assinatura do sistema)

Para verificar a autenticidade desta cópia, acesse o link <https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo/conferencia-documento/U0VtXzcwNTIfMDAwMTA3ODJfMTA4ODFfMjAyNV9UNEo2VzM5VQ==> ou o site <https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo> e informe o processo **SES 00010782/2025** e o código **T4J6W39U** ou aponte a câmera para o QR Code presente nesta página para realizar a conferência.

NR 32 - SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Publicação	D.O.U.
Portaria MTb n.º 485, de 11 de novembro de 2005	16/11/05
Alterações/Atualizações	D.O.U.
Portaria MTE n.º 939, de 18 de novembro de 2008	19/11/08
Portaria MTE n.º 1.748, de 30 de agosto de 2011	31/08/11
Portaria SEPRT n.º 915, de 30 de julho de 2019	31/07/19
Portaria MTP n.º 806, de 13 de abril de 2022	19/04/22
Portaria MTP n.º 4.219, de 20 de dezembro de 2022	22/12/22

(Redação dada pela Portaria MTb n.º 485, de 11/11/2005)

32.1 Do objetivo e campo de aplicação

32.1.1 Esta Norma Regulamentadora - NR tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral.

32.1.2 Para fins de aplicação desta NR entende-se por serviços de saúde qualquer edificação destinada à prestação de assistência à saúde da população, e todas as ações de promoção, recuperação, assistência, pesquisa e ensino em saúde em qualquer nível de complexidade.

32.2 Dos Riscos Biológicos

32.2.1 Para fins de aplicação desta NR, considera-se Risco Biológico a probabilidade da exposição ocupacional a agentes biológicos.

32.2.1.1 Consideram-se Agentes Biológicos os microrganismos, geneticamente modificados ou não; as culturas de células; os parasitas; as toxinas e os príons.

32.2.1.2 A classificação dos agentes biológicos encontra-se no anexo I desta NR.

32.2.2 Do Programa de Gerenciamento de Riscos - PGR *(Alterado pela Portaria MTP 806, de 13 de abril de 2022)*

32.2.2.1 O PGR, além do previsto na NR-01, na etapa de identificação de perigos, deve conter: *(Alterado pela Portaria MTP 806, de 13 de abril de 2022)*

I. Identificação dos agentes biológicos mais prováveis, em função da localização geográfica e da característica do serviço de saúde e seus setores, considerando: *(Alterado pela Portaria MTP 806, de 13 de abril de 2022)*

- a) fontes de exposição e reservatórios;
- b) vias de transmissão e de entrada;
- c) transmissibilidade, patogenicidade e virulência do agente;
- d) persistência do agente biológico no ambiente;
- e) estudos epidemiológicos ou dados estatísticos;
- f) outras informações científicas.

Este texto não substitui o publicado no DOU

II. Avaliação do local de trabalho e do trabalhador, considerando:

- a) a finalidade e descrição do local de trabalho;
- b) a organização e procedimentos de trabalho;
- c) a possibilidade de exposição;
- d) a descrição das atividades e funções de cada local de trabalho;
- e) as medidas preventivas aplicáveis e seu acompanhamento.

32.2.2.2 Além do disposto no subitem 1.5.4.4.6 na NR-01, o PGR deve ser reavaliado: *(Alterado pela Portaria MTP 806, de 13 de abril de 2022)*

- a) sempre que se produza uma mudança nas condições de trabalho, que possa alterar a exposição aos agentes biológicos;
- b) quando a análise dos acidentes e incidentes assim o determinar.

32.2.2.3 Os documentos que compõem o PGR deverão estar disponíveis aos trabalhadores. *(Alterado pela Portaria MTP 806, de 13 de abril de 2022)*

32.2.3 Do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO

32.2.3.1 O PCMSO, além do previsto na NR-07, e observando o disposto no inciso I do item 32.2.2.1, deve contemplar:

- a) o reconhecimento e a avaliação dos riscos biológicos;
- b) a localização das áreas de risco segundo os parâmetros do item 32.2.2;
- c) a relação contendo a identificação nominal dos trabalhadores, sua função, o local em que desempenham suas atividades e o risco a que estão expostos;
- d) a vigilância médica dos trabalhadores potencialmente expostos;
- e) o programa de vacinação.

32.2.3.2 Sempre que houver transferência permanente ou ocasional de um trabalhador para um outro posto de trabalho, que implique em mudança de risco, esta deve ser comunicada de imediato ao médico coordenador ou responsável pelo PCMSO.

32.2.3.3 Com relação à possibilidade de exposição acidental aos agentes biológicos, deve constar do PCMSO:

- a) os procedimentos a serem adotados para diagnóstico, acompanhamento e prevenção da soroconversão e das doenças;
- b) as medidas para descontaminação do local de trabalho;
- c) o tratamento médico de emergência para os trabalhadores;
- d) a identificação dos responsáveis pela aplicação das medidas pertinentes;
- e) a relação dos estabelecimentos de saúde que podem prestar assistência aos trabalhadores;
- f) as formas de remoção para atendimento dos trabalhadores;
- g) a relação dos estabelecimentos de assistência à saúde depositários de imunoglobulinas, vacinas, medicamentos necessários, materiais e insumos especiais.

32.2.3.4 O PCMSO deve estar à disposição dos trabalhadores, bem como da inspeção do trabalho.

32.2.3.5 Em toda ocorrência de acidente envolvendo riscos biológicos, com ou sem afastamento do trabalhador, deve ser emitida a Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT.

32.2.4 Das Medidas de Proteção

32.2.4.1 As medidas de proteção devem ser adotadas a partir do resultado da avaliação de riscos ocupacionais, previstas no PGR, observando o disposto no item 32.2.2. *(Alterado pela Portaria MTP 806, de 13 de abril de 2022)*

32.2.4.1.1 Em caso de exposição acidental ou incidental, medidas de proteção devem ser adotadas imediatamente, mesmo que não previstas no PGR. *(Alterado pela Portaria MTP 806, de 13 de abril de 2022)*

32.2.4.2 A manipulação em ambiente laboratorial deve seguir as orientações contidas na publicação do Ministério da Saúde - Diretrizes Gerais para o Trabalho em Contenção com Material Biológico, correspondentes aos respectivos microrganismos.

32.2.4.3 Todo local onde exista possibilidade de exposição ao agente biológico deve ter lavatório exclusivo para higiene das mãos provido de água corrente, sabonete líquido, toalha descartável e lixeira provida de sistema de abertura sem contato manual.

32.2.4.3.1 Os quartos ou enfermarias destinados ao isolamento de pacientes portadores de doenças infecto-contagiosas devem conter lavatório em seu interior.

32.2.4.3.2 O uso de luvas não substitui o processo de lavagem das mãos, o que deve ocorrer, no mínimo, antes e depois do uso das mesmas.

32.2.4.4 Os trabalhadores com feridas ou lesões nos membros superiores só podem iniciar suas atividades após avaliação médica obrigatória com emissão de documento de liberação para o trabalho.

32.2.4.5 O empregador deve vedar:

- a) a utilização de pias de trabalho para fins diversos dos previstos;
- b) o ato de fumar, o uso de adornos e o manuseio de lentes de contato nos postos de trabalho;
- c) o consumo de alimentos e bebidas nos postos de trabalho;
- d) a guarda de alimentos em locais não destinados para este fim;
- e) o uso de calçados abertos.

32.2.4.6 Todos trabalhadores com possibilidade de exposição a agentes biológicos devem utilizar vestimenta de trabalho adequada e em condições de conforto.

32.2.4.6.1 A vestimenta deve ser fornecida sem ônus para o empregado.

32.2.4.6.2 Os trabalhadores não devem deixar o local de trabalho com os equipamentos de proteção individual e as vestimentas utilizadas em suas atividades laborais.

32.2.4.6.3 O empregador deve providenciar locais apropriados para fornecimento de vestimentas limpas e para deposição das usadas.

32.2.4.6.4 A higienização das vestimentas utilizadas nos centros cirúrgicos e obstétricos, serviços de tratamento intensivo, unidades de pacientes com doenças infecto-contagiosa e quando houver contato direto da vestimenta com material orgânico, deve ser de responsabilidade do empregador.

32.2.4.7 Os Equipamentos de Proteção Individual - EPI, descartáveis ou não, deverão estar à disposição em número suficiente nos postos de trabalho, de forma que seja garantido o imediato fornecimento ou reposição.

32.2.4.8 O empregador deve:

- a) garantir a conservação e a higienização dos materiais e instrumentos de trabalho;
- b) providenciar recipientes e meios de transporte adequados para materiais infectantes, fluidos e tecidos orgânicos.

32.2.4.9 O empregador deve assegurar capacitação aos trabalhadores, antes do início das atividades e de forma continuada, devendo ser ministrada:

- a) sempre que ocorra uma mudança das condições de exposição dos trabalhadores aos agentes biológicos;
- b) durante a jornada de trabalho;
- c) por profissionais de saúde familiarizados com os riscos inerentes aos agentes biológicos.

32.2.4.9.1 A capacitação deve ser adaptada à evolução do conhecimento e à identificação de novos riscos biológicos e deve incluir:

- a) os dados disponíveis sobre riscos potenciais para a saúde;
- b) medidas de controle que minimizem a exposição aos agentes;
- c) normas e procedimentos de higiene;
- d) utilização de equipamentos de proteção coletiva, individual e vestimentas de trabalho;
- e) medidas para a prevenção de acidentes e incidentes;
- f) medidas a serem adotadas pelos trabalhadores no caso de ocorrência de incidentes e acidentes.

32.2.4.9.2 O empregador deve comprovar para a inspeção do trabalho a realização da capacitação através de documentos que informem a data, o horário, a carga horária, o conteúdo ministrado, o nome e a formação ou capacitação profissional do instrutor e dos trabalhadores envolvidos.

32.2.4.10 Em todo local onde exista a possibilidade de exposição a agentes biológicos, devem ser fornecidas aos trabalhadores instruções escritas, em linguagem acessível, das rotinas realizadas no local de trabalho e medidas de prevenção de acidentes e de doenças relacionadas

ao trabalho.

32.2.4.10.1 As instruções devem ser entregues ao trabalhador, mediante recibo, devendo este ficar à disposição da inspeção do trabalho.

32.2.4.11 Os trabalhadores devem comunicar imediatamente todo acidente ou incidente, com possível exposição a agentes biológicos, ao responsável pelo local de trabalho e, quando houver, ao serviço de segurança e saúde do trabalho e à CIPA.

32.2.4.12 O empregador deve informar, imediatamente, aos trabalhadores e aos seus representantes qualquer acidente ou incidente grave que possa provocar a disseminação de um agente biológico suscetível de causar doenças graves nos seres humanos, as suas causas e as medidas adotadas ou a serem adotadas para corrigir a situação.

32.2.4.13 Os colchões, colchonetes e demais almofadados devem ser revestidos de material lavável e impermeável, permitindo desinfecção e fácil higienização.

32.2.4.13.1 O revestimento não pode apresentar furos, rasgos, sulcos ou reentrâncias.

32.2.4.14 Os trabalhadores que utilizarem objetos perfurocortantes devem ser os responsáveis pelo seu descarte.

32.2.4.15 São vedados o reencape e a desconexão manual de agulhas.

32.2.4.16 O empregador deve elaborar e implementar Plano de Prevenção de Riscos de Acidentes com Materiais Perfurocortantes, conforme as diretrizes estabelecidas no Anexo III desta Norma Regulamentadora. *(Alterado pela Portaria GM n.º 1.748, de 30 de setembro de 2011)*

32.2.4.16.1 As empresas que produzem ou comercializam materiais perfurocortantes devem disponibilizar, para os trabalhadores dos serviços de saúde, capacitação sobre a correta utilização do dispositivo de segurança. *(Alterado pela Portaria GM n.º 1.748, de 30 de setembro de 2011)*

32.2.4.16.2 O empregador deve assegurar, aos trabalhadores dos serviços de saúde, a capacitação prevista no subitem 32.2.4.16.1. *(Alterado pela Portaria GM n.º 1.748, de 30 de setembro de 2011)*

32.2.4.17 Da Vacinação dos Trabalhadores

32.2.4.17.1 A todo trabalhador dos serviços de saúde deve ser fornecido, gratuitamente, programa de imunização ativa contra tétano, difteria, hepatite B e os estabelecidos no PCMSO.

32.2.4.17.2 Sempre que houver vacinas eficazes contra outros agentes biológicos a que os trabalhadores estão, ou poderão estar, expostos, o empregador deve fornecê-las gratuitamente.

32.2.4.17.3 O empregador deve fazer o controle da eficácia da vacinação sempre que for recomendado pelo Ministério da Saúde e seus órgãos, e providenciar, se necessário, seu

reforço.

32.2.4.17.4 A vacinação deve obedecer às recomendações do Ministério da Saúde.

32.2.4.17.5 O empregador deve assegurar que os trabalhadores sejam informados das vantagens e dos efeitos colaterais, assim como dos riscos a que estarão expostos por falta ou recusa de vacinação, devendo, nestes casos, guardar documento comprobatório e mantê-lo disponível à inspeção do trabalho.

32.2.4.17.6 A vacinação deve ser registrada no prontuário clínico individual do trabalhador, previsto na NR-07.

32.2.4.17.7 Deve ser fornecido ao trabalhador comprovante das vacinas recebidas.

32.3 Dos Riscos Químicos

32.3.1 Deve ser mantida a rotulagem do fabricante na embalagem original dos produtos químicos utilizados em serviços de saúde.

32.3.2 Todo recipiente contendo produto químico manipulado ou fracionado deve ser identificado, de forma legível, por etiqueta com o nome do produto, composição química, sua concentração, data de envase e de validade, e nome do responsável pela manipulação ou fracionamento.

32.3.3 É vedado o procedimento de reutilização das embalagens de produtos químicos.

32.3.4 Do Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR) *(Alterado pela Portaria MTP 806, de 13 de abril de 2022)*

32.3.4.1 No PGR dos serviços de saúde deve constar inventário de todos os produtos químicos, inclusive intermediários e resíduos, com indicação daqueles que impliquem em riscos à segurança e saúde do trabalhador. *(Alterado pela Portaria MTP 806, de 13 de abril de 2022)*

32.3.4.1.1 Os produtos químicos, inclusive intermediários e resíduos que impliquem riscos à segurança e saúde do trabalhador, devem ter uma ficha descritiva contendo, no mínimo, as seguintes informações:

- a) as características e as formas de utilização do produto;
- b) os riscos à segurança e saúde do trabalhador e ao meio ambiente, considerando as formas de utilização;
- c) as medidas de proteção coletiva, individual e controle médico da saúde dos trabalhadores;
- d) condições e local de estocagem;
- e) procedimentos em situações de emergência.

32.3.4.1.2 Uma cópia da ficha deve ser mantida nos locais onde o produto é utilizado.

32.3.5 Do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO

32.3.5.1 Na elaboração e implementação do PCMSO, devem ser consideradas as informações contidas nas fichas descritivas citadas no subitem 32.3.4.1.1.

32.3.6 Cabe ao empregador:

32.3.6.1 Capacitar, inicialmente e de forma continuada, os trabalhadores envolvidos para a utilização segura de produtos químicos.

32.3.6.1.1 A capacitação deve conter, no mínimo:

- a) a apresentação das fichas descritivas citadas no subitem 32.3.4.1.1, com explicação das informações nelas contidas;
- b) os procedimentos de segurança relativos à utilização;
- c) os procedimentos a serem adotados em caso de incidentes, acidentes e em situações de emergência.

32.3.7 Das Medidas de Proteção

32.3.7.1 O empregador deve destinar local apropriado para a manipulação ou fracionamento de produtos químicos que impliquem riscos à segurança e saúde do trabalhador.

32.3.7.1.1 É vedada a realização destes procedimentos em qualquer local que não o apropriado para este fim.

32.3.7.1.2 Excetuam-se a preparação e associação de medicamentos para administração imediata aos pacientes.

32.3.7.1.3 O local deve dispor, no mínimo, de:

- a) sinalização gráfica de fácil visualização para identificação do ambiente, respeitando o disposto na NR-26;
- b) equipamentos que garantam a concentração dos produtos químicos no ar abaixo dos limites de tolerância estabelecidos nas NR-09 e NR-15 e observando-se os níveis de ação previstos na NR-09;
- c) equipamentos que garantam a exaustão dos produtos químicos de forma a não potencializar a exposição de qualquer trabalhador, envolvido ou não, no processo de trabalho, não devendo ser utilizado o equipamento tipo coifa;
- d) chuveiro e lava-olhos, os quais deverão ser acionados e higienizados semanalmente;
- e) equipamentos de proteção individual, adequados aos riscos, à disposição dos trabalhadores;
- f) sistema adequado de descarte.

32.3.7.2 A manipulação ou fracionamento dos produtos químicos deve ser feito por trabalhador qualificado.

32.3.7.3 O transporte de produtos químicos deve ser realizado considerando os riscos à segurança e saúde do trabalhador e ao meio ambiente.

32.3.7.4 Todos os estabelecimentos que realizam, ou que pretendem realizar, esterilização, reesterilização ou reprocessamento por gás óxido de etileno, deverão atender o disposto na Portaria Interministerial n.º 482/MS/MTE de 16/04/1999.

32.3.7.5 Nos locais onde se utilizam e armazenam produtos inflamáveis, o sistema de prevenção de incêndio deve prever medidas especiais de segurança e procedimentos de emergência.

32.3.7.6 As áreas de armazenamento de produtos químicos devem ser ventiladas e sinalizadas.

32.3.7.6.1 Devem ser previstas áreas de armazenamento próprias para produtos químicos incompatíveis.

32.3.8 Dos Gases Medicinais

32.3.8.1 Na movimentação, transporte, armazenamento, manuseio e utilização dos gases, bem como na manutenção dos equipamentos, devem ser observadas as recomendações do fabricante, desde que compatíveis com as disposições da legislação vigente.

32.3.8.1.1 As recomendações do fabricante, em português, devem ser mantidas no local de trabalho à disposição dos trabalhadores e da inspeção do trabalho.

32.3.8.2 É vedado:

- a) a utilização de equipamentos em que se constate vazamento de gás;
- b) submeter equipamentos a pressões superiores àsquelas para as quais foram projetados;
- c) a utilização de cilindros que não tenham a identificação do gás e a válvula de segurança;
- d) a movimentação dos cilindros sem a utilização dos equipamentos de proteção individual adequados;
- e) a submissão dos cilindros a temperaturas extremas;
- f) a utilização do oxigênio e do ar comprimido para fins diversos aos que se destinam;
- g) o contato de óleos, graxas, hidrocarbonetos ou materiais orgânicos similares com gases oxidantes;
- h) a utilização de cilindros de oxigênio sem a válvula de retenção ou o dispositivo apropriado para impedir o fluxo reverso;
- i) a transferência de gases de um cilindro para outro, independentemente da capacidade dos cilindros;
- j) o transporte de cilindros soltos, em posição horizontal e sem capacetes.

32.3.8.3 Os cilindros contendo gases inflamáveis, tais como hidrogênio e acetileno, devem ser armazenados a uma distância mínima de oito metros daqueles contendo gases oxidantes, tais como oxigênio e óxido nitroso, ou através de barreiras vedadas e resistentes ao fogo.

32.3.8.4 Para o sistema centralizado de gases medicinais devem ser fixadas placas, em local visível, com caracteres indelévels e legíveis, com as seguintes informações:

- a) nomeação das pessoas autorizadas a terem acesso ao local e treinadas na operação e

- manutenção do sistema;
- b) procedimentos a serem adotados em caso de emergência;
- c) número de telefone para uso em caso de emergência;
- d) sinalização alusiva a perigo.

32.3.9 Dos Medicamentos e das Drogas de Risco

32.3.9.1 Para efeito desta NR, consideram-se medicamentos e drogas de risco aquelas que possam causar genotoxicidade, carcinogenicidade, teratogenicidade e toxicidade séria e seletiva sobre órgãos e sistemas.

32.3.9.2 Deve constar no PGR, além do previsto na NR-01, a descrição dos perigos inerentes às atividades de recebimento, armazenamento, preparo, distribuição, administração dos medicamentos e das drogas de risco (*Alterado pela Portaria MTP 806, de 13 de abril de 2022*)

32.3.9.3 Dos Gases e Vapores Anestésicos

32.3.9.3.1 Todos os equipamentos utilizados para a administração dos gases ou vapores anestésicos devem ser submetidos à manutenção corretiva e preventiva, dando-se especial atenção aos pontos de vazamentos para o ambiente de trabalho, buscando sua eliminação.

32.3.9.3.2 A manutenção consiste, no mínimo, na verificação dos cilindros de gases, conectores, conexões, mangueiras, balões, traquéias, válvulas, aparelhos de anestesia e máscaras faciais para ventilação pulmonar.

32.3.9.3.2.1 O programa e os relatórios de manutenção devem constar de documento próprio que deve ficar à disposição dos trabalhadores diretamente envolvidos e da fiscalização do trabalho.

32.3.9.3.3 Os locais onde são utilizados gases ou vapores anestésicos devem ter sistemas de ventilação e exaustão, com o objetivo de manter a concentração ambiental sob controle, conforme previsto na legislação vigente.

32.3.9.3.4 Toda trabalhadora gestante só será liberada para o trabalho em áreas com possibilidade de exposição a gases ou vapores anestésicos após autorização por escrito do médico responsável pelo PCMSO, considerando as informações contidas no PGR. (*Alterado pela Portaria MTP 806, de 13 de abril de 2022*)

32.3.9.4 Dos Quimioterápicos Antineoplásicos

32.3.9.4.1 Os quimioterápicos antineoplásicos somente devem ser preparados em área exclusiva e com acesso restrito aos profissionais diretamente envolvidos. A área deve dispor no mínimo de:

- a) vestiário de barreira com dupla câmara;
- b) sala de preparo dos quimioterápicos;
- c) local destinado para as atividades administrativas;
- d) local de armazenamento exclusivo para estocagem.

32.3.9.4.2 O vestiário deve dispor de:

- a) pia e material para lavar e secar as mãos;
- b) lava olhos, o qual pode ser substituído por uma ducha tipo higiênica;
- c) chuveiro de emergência;
- d) equipamentos de proteção individual e vestimentas para uso e reposição;
- e) armários para guarda de pertences;
- f) recipientes para descarte de vestimentas usadas.

32.3.9.4.3 Devem ser elaborados manuais de procedimentos relativos a limpeza, descontaminação e desinfecção de todas as áreas, incluindo superfícies, instalações, equipamentos, mobiliário, vestimentas, EPI e materiais.

32.3.9.4.3.1 Os manuais devem estar disponíveis a todos os trabalhadores e à fiscalização do trabalho.

32.3.9.4.4 Todos os profissionais diretamente envolvidos devem lavar adequadamente as mãos, antes e após a retirada das luvas.

32.3.9.4.5 A sala de preparo deve ser dotada de Cabine de Segurança Biológica Classe II B2 e na sua instalação devem ser previstos, no mínimo:

- a) suprimento de ar necessário ao seu funcionamento;
- b) local e posicionamento, de forma a evitar a formação de turbulência aérea.

32.3.9.4.5.1 A cabine deve:

- a) estar em funcionamento no mínimo por 30 minutos antes do início do trabalho de manipulação e permanecer ligada por 30 minutos após a conclusão do trabalho;
- b) ser submetida periodicamente a manutenções e trocas de filtros absolutos e pré-filtros de acordo com um programa escrito, que obedeça às especificações do fabricante, e que deve estar à disposição da inspeção do trabalho;
- c) possuir relatório das manutenções, que deve ser mantido a disposição da fiscalização do trabalho;
- d) ter etiquetas afixadas em locais visíveis com as datas da última e da próxima manutenção;
- e) ser submetida a processo de limpeza, descontaminação e desinfecção, nas paredes laterais internas e superfície de trabalho, antes do início das atividades;
- f) ter a sua superfície de trabalho submetida aos procedimentos de limpeza ao final das atividades e no caso de ocorrência de acidentes com derramamentos e respingos.

32.3.9.4.6 Com relação aos quimioterápicos antineoplásicos, compete ao empregador:

- a) proibir fumar, comer ou beber, bem como portar adornos ou maquiar-se;
- b) afastar das atividades as trabalhadoras gestantes e nutrízes;
- c) proibir que os trabalhadores expostos realizem atividades com possibilidade de exposição

aos agentes ionizantes;

- d) fornecer aos trabalhadores avental confeccionado de material impermeável, com frente resistente e fechado nas costas, manga comprida e punho justo, quando do seu preparo e administração;
- e) fornecer aos trabalhadores dispositivos de segurança que minimizem a geração de aerossóis e a ocorrência de acidentes durante a manipulação e administração;
- f) fornecer aos trabalhadores dispositivos de segurança para a prevenção de acidentes durante o transporte.

32.3.9.4.7 Além do cumprimento do disposto na legislação vigente, os Equipamentos de Proteção Individual - EPI devem atender as seguintes exigências:

- a) ser avaliados diariamente quanto ao estado de conservação e segurança;
- b) estar armazenados em locais de fácil acesso e em quantidade suficiente para imediata substituição, segundo as exigências do procedimento ou em caso de contaminação ou dano.

32.3.9.4.8 Com relação aos quimioterápicos antineoplásicos é vedado:

- a) iniciar qualquer atividade na falta de EPI;
- b) dar continuidade às atividades de manipulação quando ocorrer qualquer interrupção do funcionamento da cabine de segurança biológica.

32.3.9.4.9 Dos Procedimentos Operacionais em Caso de Ocorrência de Acidentes Ambientais ou Pessoais.

32.3.9.4.9.1 Com relação aos quimioterápicos, entende-se por acidente:

- a) ambiental: contaminação do ambiente devido à saída do medicamento do envase no qual esteja acondicionado, seja por derramamento ou por aerodispersóides sólidos ou líquidos;
- b) pessoal: contaminação gerada por contato ou inalação dos medicamentos da terapia quimioterápica antineoplásica em qualquer das etapas do processo.

32.3.9.4.9.2 As normas e os procedimentos, a serem adotados em caso de ocorrência de acidentes ambientais ou pessoais, devem constar em manual disponível e de fácil acesso aos trabalhadores e à fiscalização do trabalho.

32.3.9.4.9.3 Nas áreas de preparação, armazenamento e administração e para o transporte deve ser mantido um “Kit” de derramamento identificado e disponível, que deve conter, no mínimo: luvas de procedimento, avental impermeável, compressas absorventes, proteção respiratória, proteção ocular, sabão, recipiente identificado para recolhimento de resíduos e descrição do procedimento.

32.3.10 Da Capacitação

32.3.10.1 Os trabalhadores envolvidos devem receber capacitação inicial e continuada que contenha, no mínimo:

- a) as principais vias de exposição ocupacional;

- b) os efeitos terapêuticos e adversos destes medicamentos e o possível risco à saúde, a longo e curto prazo;
- c) as normas e os procedimentos padronizados relativos ao manuseio, preparo, transporte, administração, distribuição e descarte dos quimioterápicos antineoplásicos;
- d) as normas e os procedimentos a serem adotadas no caso de ocorrência de acidentes.

32.3.10.1.1 A capacitação deve ser ministrada por profissionais de saúde familiarizados com os riscos inerentes aos quimioterápicos antineoplásicos.

32.4 Das Radiações Ionizantes

32.4.1 O atendimento das exigências desta NR, com relação às radiações ionizantes, não desobriga o empregador de observar as disposições estabelecidas pelas normas específicas da Comissão Nacional de Energia Nuclear - CNEN e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, do Ministério da Saúde.

32.4.2 É obrigatório manter no local de trabalho e à disposição da inspeção do trabalho o Plano de Proteção Radiológica - PPR, aprovado pela CNEN, e para os serviços de radiodiagnóstico aprovado pela Vigilância Sanitária.

32.4.2.1 O Plano de Proteção Radiológica deve:

- a) estar dentro do prazo de vigência;
- b) identificar o profissional responsável e seu substituto eventual como membros efetivos da equipe de trabalho do serviço;
- c) fazer parte do PGR do estabelecimento; *(Alterada pela Portaria MTP 806, de 13 de abril de 2022)*
- d) ser considerado na elaboração e implementação do PCMSO;
- e) ser apresentado na CIPA, quando existente na empresa, sendo sua cópia anexada às atas desta comissão.

32.4.3 O trabalhador que realize atividades em áreas onde existam fontes de radiações ionizantes deve:

- a) permanecer nestas áreas o menor tempo possível para a realização do procedimento;
- b) ter conhecimento dos riscos radiológicos associados ao seu trabalho;
- c) estar capacitado inicialmente e de forma continuada em proteção radiológica;
- d) usar os EPI adequados para a minimização dos riscos;
- e) estar sob monitoração individual de dose de radiação ionizante, nos casos em que a exposição seja ocupacional.

32.4.4 Toda trabalhadora com gravidez confirmada deve ser afastada das atividades com radiações ionizantes, devendo ser remanejada para atividade compatível com seu nível de formação.

32.4.5 Toda instalação radiativa deve dispor de monitoração individual e de áreas.

32.4.5.1 Os dosímetros individuais devem ser obtidos, calibrados e avaliados exclusivamente em laboratórios de monitoração individual acreditados pela CNEN.

32.4.5.2 A monitoração individual externa, de corpo inteiro ou de extremidades, deve ser feita através de dosimetria com periodicidade mensal e levando-se em conta a natureza e a intensidade das exposições normais e potenciais previstas.

32.4.5.3 Na ocorrência ou suspeita de exposição acidental, os dosímetros devem ser encaminhados para leitura no prazo máximo de 24 horas.

32.4.5.4 Após ocorrência ou suspeita de exposição acidental a fontes seladas, devem ser adotados procedimentos adicionais de monitoração individual, avaliação clínica e a realização de exames complementares, incluindo a dosimetria citogenética, a critério médico.

32.4.5.5 Após ocorrência ou suspeita de acidentes com fontes não seladas, sujeitas a exposição externa ou com contaminação interna, devem ser adotados procedimentos adicionais de monitoração individual, avaliação clínica e a realização de exames complementares, incluindo a dosimetria citogenética, a análise in vivo e in vitro, a critério médico.

32.4.5.6 Deve ser elaborado e implementado um programa de monitoração periódica de áreas, constante do Plano de Proteção Radiológica, para todas as áreas da instalação radiativa.

32.4.6 Cabe ao empregador:

- a) implementar medidas de proteção coletiva relacionadas aos riscos radiológicos;
- b) manter profissional habilitado, responsável pela proteção radiológica em cada área específica, com vinculação formal com o estabelecimento;
- c) promover capacitação em proteção radiológica, inicialmente e de forma continuada, para os trabalhadores ocupacionalmente e para-ocupacionalmente expostos às radiações ionizantes;
- d) manter no registro individual do trabalhador as capacitações ministradas;
- e) fornecer ao trabalhador, por escrito e mediante recibo, instruções relativas aos riscos radiológicos e procedimentos de proteção radiológica adotados na instalação radiativa;
- f) dar ciência dos resultados das doses referentes às exposições de rotina, acidentais e de emergências, por escrito e mediante recibo, a cada trabalhador e ao médico coordenador do PCMSO ou médico encarregado dos exames médicos previstos na NR-07.

32.4.7 Cada trabalhador da instalação radiativa deve ter um registro individual atualizado, o qual deve ser conservado por 30 (trinta) anos após o término de sua ocupação, contendo as seguintes informações:

- a) identificação (Nome, DN, Registro, CPF), endereço e nível de instrução;
- b) datas de admissão e de saída do emprego;
- c) nome e endereço do responsável pela proteção radiológica de cada período trabalhado;
- d) funções associadas às fontes de radiação com as respectivas áreas de trabalho, os riscos radiológicos a que está ou esteve exposto, data de início e término da atividade com radiação, horários e períodos de ocupação;

- e) tipos de dosímetros individuais utilizados;
- f) registro de doses mensais e anuais (doze meses consecutivos) recebidas e relatórios de investigação de doses;
- g) capacitações realizadas;
- h) estimativas de incorporações;
- i) relatórios sobre exposições de emergência e de acidente;
- j) exposições ocupacionais anteriores a fonte de radiação.

32.4.7.1 O registro individual dos trabalhadores deve ser mantido no local de trabalho e à disposição da inspeção do trabalho.

32.4.8 O prontuário clínico individual previsto pela NR-07 deve ser mantido atualizado e ser conservado por 30 (trinta) anos após o término de sua ocupação.

32.4.9 Toda instalação radiativa deve possuir um serviço de proteção radiológica.

32.4.9.1 O serviço de proteção radiológica deve estar localizado no mesmo ambiente da instalação radiativa e serem garantidas as condições de trabalho compatíveis com as atividades desenvolvidas, observando as normas da CNEN e da ANVISA.

32.4.9.2 O serviço de proteção radiológica deve possuir, de acordo com o especificado no PPR, equipamentos para:

- a) monitoração individual dos trabalhadores e de área;
- b) proteção individual;
- c) medições ambientais de radiações ionizantes específicas para práticas de trabalho.

32.4.9.3 O serviço de proteção radiológica deve estar diretamente subordinado ao Titular da instalação radiativa.

32.4.9.4 Quando o estabelecimento possuir mais de um serviço, deve ser indicado um responsável técnico para promover a integração das atividades de proteção radiológica destes serviços.

32.4.10 O médico coordenador do PCMSO ou o encarregado pelos exames médicos, previstos na NR-07, deve estar familiarizado com os efeitos e a terapêutica associados à exposição decorrente das atividades de rotina ou de acidentes com radiações ionizantes.

32.4.11 As áreas da instalação radiativa devem ser classificadas e ter controle de acesso definido pelo responsável pela proteção radiológica.

32.4.12 As áreas da instalação radiativa devem estar devidamente sinalizadas em conformidade com a legislação em vigor, em especial quanto aos seguintes aspectos:

- a) utilização do símbolo internacional de presença de radiação nos acessos controlados;
- b) as fontes presentes nestas áreas e seus rejeitos devem ter as suas embalagens, recipientes ou blindagens identificadas em relação ao tipo de elemento radioativo, atividade e tipo de

emissão;

- c) valores das taxas de dose e datas de medição em pontos de referência significativos, próximos às fontes de radiação, nos locais de permanência e de trânsito dos trabalhadores, em conformidade com o disposto no PPR;
- d) identificação de vias de circulação, entrada e saída para condições normais de trabalho e para situações de emergência;
- e) localização dos equipamentos de segurança;
- f) procedimentos a serem obedecidos em situações de acidentes ou de emergência;
- g) sistemas de alarme.

32.4.13 Do Serviço de Medicina Nuclear

32.4.13.1 As áreas supervisionadas e controladas de Serviço de Medicina Nuclear devem ter pisos e paredes impermeáveis que permitam sua descontaminação.

32.4.13.2 A sala de manipulação e armazenamento de fontes radioativas em uso deve:

- a) ser revestida com material impermeável que possibilite sua descontaminação, devendo os pisos e paredes ser providos de cantos arredondados;
- b) possuir bancadas constituídas de material liso, de fácil descontaminação, recobertas com plástico e papel absorvente;
- c) dispor de pia com cuba de, no mínimo, 40 cm de profundidade, e acionamento para abertura das torneiras sem controle manual.

32.4.13.2.1 É obrigatória a instalação de sistemas exclusivos de exaustão:

- a) local, para manipulação de fontes não seladas voláteis;
- b) de área, para os serviços que realizem estudos de ventilação pulmonar.

32.4.13.2.2 Nos locais onde são manipulados e armazenados materiais radioativos ou rejeitos, não é permitido:

- a) aplicar cosméticos, alimentar-se, beber, fumar e repousar;
- b) guardar alimentos, bebidas e bens pessoais.

32.4.13.3 Os trabalhadores envolvidos na manipulação de materiais radioativos e marcação de fármacos devem usar os equipamentos de proteção recomendados no PGR e PPR. *(Alterado pela Portaria MTP 806, de 13 de abril de 2022)*

32.4.13.4 Ao término da jornada de trabalho, deve ser realizada a monitoração das superfícies de acordo com o PPR, utilizando-se monitor de contaminação.

32.4.13.5 Sempre que for interrompida a atividade de trabalho, deve ser feita a monitoração das extremidades e de corpo inteiro dos trabalhadores que manipulam radiofármacos.

32.4.13.6 O local destinado ao decaimento de rejeitos radioativos deve:

- a) ser localizado em área de acesso controlado;

- b) ser sinalizado;
- c) possuir blindagem adequada;
- d) ser constituído de compartimentos que possibilitem a segregação dos rejeitos por grupo de radionuclídeos com meia-vida física próxima e por estado físico.

32.4.13.7 O quarto destinado à internação de paciente, para administração de radiofármacos, deve possuir:

- a) blindagem;
- b) paredes e pisos com cantos arredondados, revestidos de materiais impermeáveis, que permitam sua descontaminação;
- c) sanitário privativo;
- d) biombo blindado junto ao leito;
- e) sinalização externa da presença de radiação ionizante;
- f) acesso controlado.

32.4.14 Dos Serviços de Radioterapia

32.4.14.1 Os Serviços de Radioterapia devem adotar, no mínimo, os seguintes dispositivos de segurança:

- a) salas de tratamento possuindo portas com sistema de intertravamento, que previnam o acesso indevido de pessoas durante a operação do equipamento;
- b) indicadores luminosos de equipamento em operação, localizados na sala de tratamento e em seu acesso externo, em posição visível.

32.4.14.2 Da Braquiterapia

32.4.14.2.1 Na sala de preparo e armazenamento de fontes é vedada a prática de qualquer atividade não relacionada com a preparação das fontes seladas.

32.4.14.2.2 Os recipientes utilizados para o transporte de fontes devem estar identificados com o símbolo de presença de radiação e a atividade do radionuclídeo a ser deslocado.

32.4.14.2.3 No deslocamento de fontes para utilização em braquiterapia deve ser observado o princípio da otimização, de modo a expor o menor número possível de pessoas.

32.4.14.2.4 Na capacitação dos trabalhadores para manipulação de fontes seladas utilizadas em braquiterapia devem ser empregados simuladores de fontes.

32.4.14.2.5 O preparo manual de fontes utilizadas em braquiterapia de baixa taxa de dose deve ser realizado em sala específica com acesso controlado, somente sendo permitida a presença de pessoas diretamente envolvidas com esta atividade.

32.4.14.2.6 O manuseio de fontes de baixa taxa de dose deve ser realizado exclusivamente com a utilização de instrumentos e com a proteção de anteparo plumbífero.

32.4.14.2.7 Após cada aplicação, as vestimentas de pacientes e as roupas de cama devem ser monitoradas para verificação da presença de fontes seladas.

32.4.15 Dos serviços de radiodiagnóstico médico

32.4.15.1 É obrigatório manter no local de trabalho e à disposição da inspeção do trabalho o Alvará de Funcionamento vigente concedido pela autoridade sanitária local e o Programa de Garantia da Qualidade.

32.4.15.2 A cabine de comando deve ser posicionada de forma a:

- a) permitir ao operador, na posição de disparo, eficaz comunicação e observação visual do paciente;
- b) permitir que o operador visualize a entrada de qualquer pessoa durante o procedimento radiológico.

32.4.15.3 A sala de raios X deve dispor de:

- a) sinalização visível na face exterior das portas de acesso, contendo o símbolo internacional de radiação ionizante, acompanhado das inscrições: "raios X, entrada restrita" ou "raios X, entrada proibida a pessoas não autorizadas".
- b) sinalização luminosa vermelha acima da face externa da porta de acesso, acompanhada do seguinte aviso de advertência: "Quando a luz vermelha estiver acesa, a entrada é proibida". A sinalização luminosa deve ser acionada durante os procedimentos radiológicos.

32.4.15.3.1 As portas de acesso das salas com equipamentos de raios X fixos devem ser mantidas fechadas durante as exposições.

32.4.15.3.2 Não é permitida a instalação de mais de um equipamento de raios X por sala.

32.4.15.4 A câmara escura deve dispor de:

- a) sistema de exaustão de ar localizado;
- b) pia com torneira.

32.4.15.5 Todo equipamento de radiodiagnóstico médico deve possuir diafragma e colimador em condições de funcionamento para tomada radiográfica.

32.4.15.6 Os equipamentos móveis devem ter um cabo disparador com um comprimento mínimo de 2 metros.

32.4.15.7 Deverão permanecer no local do procedimento radiológico somente o paciente e a equipe necessária.

32.4.15.8 Os equipamentos de fluoroscopia devem possuir:

- a) sistema de intensificação de imagem com monitor de vídeo acoplado;
- b) cortina ou saiote plumbífero inferior e lateral para proteção do operador contra radiação espalhada;
- c) sistema para garantir que o feixe de radiação seja completamente restrito à área do

receptor de imagem;

d) sistema de alarme indicador de um determinado nível de dose ou exposição.

32.4.15.8.1 Caso o equipamento de fluoroscopia não possua o sistema de alarme citado, o mesmo deve ser instalado no ambiente.

32.4.16 Dos Serviços de Radiodiagnóstico Odontológico

32.4.16.1 Na radiologia intra-oral:

- a) todos os trabalhadores devem manter-se afastados do cabeçote e do paciente a uma distância mínima de 2 metros;
- b) nenhum trabalhador deve segurar o filme durante a exposição;
- c) caso seja necessária a presença de trabalhador para assistir ao paciente, esse deve utilizar os EPIs.

32.4.16.2 Para os procedimentos com equipamentos de radiografia extra-oral deverão ser seguidos os mesmos requisitos do radiodiagnóstico médico.

32.5 Dos Resíduos

32.5.1 Cabe ao empregador capacitar, inicialmente e de forma continuada, os trabalhadores nos seguintes assuntos:

- a) segregação, acondicionamento e transporte dos resíduos;
- b) definições, classificação e potencial de risco dos resíduos;
- c) sistema de gerenciamento adotado internamente no estabelecimento;
- d) formas de reduzir a geração de resíduos;
- e) conhecimento das responsabilidades e de tarefas;
- f) reconhecimento dos símbolos de identificação das classes de resíduos;
- g) conhecimento sobre a utilização dos veículos de coleta;
- h) orientações quanto ao uso de Equipamentos de Proteção Individual - EPIs.

32.5.2 Os sacos plásticos utilizados no acondicionamento dos resíduos de saúde devem atender ao disposto na NBR 9191 e ainda ser:

- a) preenchidos até 2/3 de sua capacidade;
- b) fechados de tal forma que não se permita o seu derramamento, mesmo que virados com a abertura para baixo;
- c) retirados imediatamente do local de geração após o preenchimento e fechamento;
- d) mantidos íntegros até o tratamento ou a disposição final do resíduo.

32.5.3 A segregação dos resíduos deve ser realizada no local onde são gerados, devendo ser observado que:

- a) sejam utilizados recipientes que atendam as normas da ABNT, em número suficiente para o

armazenamento;

- b) os recipientes estejam localizados próximos da fonte geradora;
- c) os recipientes sejam constituídos de material lavável, resistente à punctura, ruptura e vazamento, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados e que sejam resistentes ao tombamento;
- d) os recipientes sejam identificados e sinalizados segundo as normas da ABNT.

32.5.3.1 Os recipientes existentes nas salas de cirurgia e de parto não necessitam de tampa para vedação.

32.5.3.2 Para os recipientes destinados a coleta de material perfurocortante, o limite máximo de enchimento deve estar localizado 5 cm abaixo do bocal.

32.5.3.2.1 O recipiente para acondicionamento dos perfurocortantes deve ser mantido em suporte exclusivo e em altura que permita a visualização da abertura para descarte.

32.5.4 O transporte manual do recipiente de segregação deve ser realizado de forma que não exista o contato do mesmo com outras partes do corpo, sendo vedado o arrasto.

32.5.5 Sempre que o transporte do recipiente de segregação possa comprometer a segurança e a saúde do trabalhador, devem ser utilizados meios técnicos apropriados, de modo a preservar a sua saúde e integridade física.

32.5.6 A sala de armazenamento temporário dos recipientes de transporte deve atender, no mínimo, às seguintes características:

I. ser dotada de:

- a) pisos e paredes laváveis;
- b) ralo sifonado;
- c) ponto de água;
- d) ponto de luz;
- e) ventilação adequada;
- f) abertura dimensionada de forma a permitir a entrada dos recipientes de transporte.

II. ser mantida limpa e com controle de vetores;

III. conter somente os recipientes de coleta, armazenamento ou transporte;

IV. ser utilizada apenas para os fins a que se destina;

V. estar devidamente sinalizada e identificada.

32.5.7 O transporte dos resíduos para a área de armazenamento externo deve atender aos seguintes requisitos:

- a) ser feito através de carros constituídos de material rígido, lavável, impermeável, provido de tampo articulado ao próprio corpo do equipamento e cantos arredondados;
- b) ser realizado em sentido único com roteiro definido em horários não coincidentes com a distribuição de roupas, alimentos e medicamentos, períodos de visita ou de maior fluxo de

pessoas.

32.5.7.1 Os recipientes de transporte com mais de 400 litros de capacidade devem possuir válvula de dreno no fundo.

32.5.8 Em todos os serviços de saúde deve existir local apropriado para o armazenamento externo dos resíduos, até que sejam recolhidos pelo sistema de coleta externa.

32.5.8.1 O local, além de atender às características descritas no item 32.5.6, deve ser dimensionado de forma a permitir a separação dos recipientes conforme o tipo de resíduo.

32.5.9 Os rejeitos radioativos devem ser tratados conforme disposto na Resolução CNEN NE-6.05.

32.6 Das Condições de Conforto por Ocasão das Refeições

32.6.1 Os refeitórios dos serviços de saúde devem atender ao disposto na NR-24.

32.6.2 Os estabelecimentos com até 300 trabalhadores devem ser dotados de locais para refeição, que atendam aos seguintes requisitos mínimos:

- a) localização fora da área do posto de trabalho;
- b) piso lavável;
- c) limpeza, arejamento e boa iluminação;
- d) mesas e assentos dimensionados de acordo com o número de trabalhadores por intervalo de descanso e refeição;
- e) lavatórios instalados nas proximidades ou no próprio local;
- f) fornecimento de água potável;
- g) possuir equipamento apropriado e seguro para aquecimento de refeições.

32.6.3 Os lavatórios para higiene das mãos devem ser providos de papel toalha, sabonete líquido e lixeira com tampa, de acionamento por pedal.

32.7 Das Lavanderias

32.7.1 A lavanderia deve possuir duas áreas distintas, sendo uma considerada suja e outra limpa, devendo ocorrer na primeira o recebimento, classificação, pesagem e lavagem de roupas, e na segunda a manipulação das roupas lavadas.

32.7.2 Independente do porte da lavanderia, as máquinas de lavar devem ser de porta dupla ou de barreira, em que a roupa utilizada é inserida pela porta situada na área suja, por um operador e, após lavada, retirada na área limpa, por outro operador.

32.7.2.1 A comunicação entre as duas áreas somente é permitida por meio de visores ou intercomunicadores.

32.7.3 A calandra deve ter:

- a) termômetro para cada câmara de aquecimento, indicando a temperatura das calhas ou do cilindro aquecido;
- b) termostato;
- c) dispositivo de proteção que impeça a inserção de segmentos corporais dos trabalhadores junto aos cilindros ou partes móveis da máquina.

32.7.4 As máquinas de lavar, centrífugas e secadoras devem ser dotadas de dispositivos eletromecânicos que interrompam seu funcionamento quando da abertura de seus compartimentos.

32.8 Da Limpeza e Conservação

32.8.1 Os trabalhadores que realizam a limpeza dos serviços de saúde devem ser capacitados, inicialmente e de forma continuada, quanto aos princípios de higiene pessoal, risco biológico, risco químico, sinalização, rotulagem, EPI, EPC e procedimentos em situações de emergência.

32.8.1.1 A comprovação da capacitação deve ser mantida no local de trabalho, à disposição da inspeção do trabalho.

32.8.2 Para as atividades de limpeza e conservação, cabe ao empregador, no mínimo:

- a) providenciar carro funcional destinado à guarda e transporte dos materiais e produtos indispensáveis à realização das atividades;
- b) providenciar materiais e utensílios de limpeza que preservem a integridade física do trabalhador;
- c) proibir a varrição seca nas áreas internas;
- d) proibir o uso de adornos.

32.8.3 As empresas de limpeza e conservação que atuam nos serviços de saúde devem cumprir, no mínimo, o disposto nos itens 32.8.1 e 32.8.2.

32.9 Da Manutenção de Máquinas e Equipamentos

32.9.1 Os trabalhadores que realizam a manutenção, além do treinamento específico para sua atividade, devem também ser submetidos a capacitação inicial e de forma continuada, com o objetivo de mantê-los familiarizados com os princípios de:

- a) higiene pessoal;
- b) riscos biológico (precauções universais), físico e químico;
- c) sinalização;
- d) rotulagem preventiva;
- e) tipos de EPC e EPI, acessibilidade e seu uso correto.

32.9.1.1 As empresas que prestam assistência técnica e manutenção nos serviços de saúde devem cumprir o disposto no item 32.9.1.

32.9.2 Todo equipamento deve ser submetido à prévia descontaminação para realização de

manutenção.

32.9.2.1 Na manutenção dos equipamentos, quando a descontinuidade de uso acarrete risco à vida do paciente, devem ser adotados procedimentos de segurança visando a preservação da saúde do trabalhador.

32.9.3 As máquinas, equipamentos e ferramentas, inclusive aquelas utilizadas pelas equipes de manutenção, devem ser submetidos à inspeção prévia e às manutenções preventivas de acordo com as instruções dos fabricantes, com a norma técnica oficial e legislação vigentes.

32.9.3.1 A inspeção e a manutenção devem ser registradas e estar disponíveis aos trabalhadores envolvidos e à fiscalização do trabalho.

32.9.3.2 As empresas que prestam assistência técnica e manutenção nos serviços de saúde devem cumprir o disposto no item 32.9.3.

32.9.3.3 O empregador deve estabelecer um cronograma de manutenção preventiva do sistema de abastecimento de gases e das capelas, devendo manter um registro individual da mesma, assinado pelo profissional que a realizou.

32.9.4 Os equipamentos e meios mecânicos utilizados para transporte devem ser submetidos periodicamente à manutenção, de forma a conservar os sistemas de rodízio em perfeito estado de funcionamento.

32.9.5 Os dispositivos de ajuste dos leitos devem ser submetidos à manutenção preventiva, assegurando a lubrificação permanente, de forma a garantir sua operação sem sobrecarga para os trabalhadores.

32.9.6 Os sistemas de climatização devem ser submetidos a procedimentos de manutenção preventiva e corretiva para preservação da integridade e eficiência de todos os seus componentes.

32.9.6.1 O atendimento do disposto no item 32.9.6 não desobriga o cumprimento da Portaria GM/MS n.º 3.523 de 28/08/98 e demais dispositivos legais pertinentes.

32.10 Das Disposições Gerais

32.10.1 Os serviços de saúde devem:

- a) atender as condições de conforto relativas aos níveis de ruído previstas na NB 95 da ABNT;
- b) atender as condições de iluminação conforme NB 57 da ABNT;
- c) atender as condições de conforto térmico previstas na RDC 50/02 da ANVISA;
- d) manter os ambientes de trabalho em condições de limpeza e conservação.

32.10.2 No processo de elaboração e implementação do PGR e do PCMSO devem ser consideradas as atividades desenvolvidas pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH do estabelecimento ou comissão equivalente. *(Alterado pela Portaria MTP 806, de 13 de abril de 2022)*

32.10.3 Antes da utilização de qualquer equipamento, os operadores devem ser capacitados quanto ao modo de operação e seus riscos.

32.10.4 Os manuais do fabricante de todos os equipamentos e máquinas, impressos em língua portuguesa, devem estar disponíveis aos trabalhadores envolvidos.

32.10.5 É vedada a utilização de material médico-hospitalar em desacordo com as recomendações de uso e especificações técnicas descritas em seu manual ou em sua embalagem.

32.10.6 Em todo serviço de saúde deve existir um programa de controle de animais sinantrópicos, o qual deve ser comprovado sempre que exigido pela inspeção do trabalho.

32.10.7 As cozinhas devem ser dotadas de sistemas de exaustão e outros equipamentos que reduzam a dispersão de gorduras e vapores, conforme estabelecido na NBR 14518.

32.10.8 Os postos de trabalho devem ser organizados de forma a evitar deslocamentos e esforços adicionais.

32.10.9 Em todos os postos de trabalho devem ser previstos dispositivos seguros e com estabilidade, que permitam aos trabalhadores acessar locais altos sem esforço adicional.

32.10.10 Nos procedimentos de movimentação e transporte de pacientes deve ser privilegiado o uso de dispositivos que minimizem o esforço realizado pelos trabalhadores.

32.10.11 O transporte de materiais que possa comprometer a segurança e a saúde do trabalhador deve ser efetuado com auxílio de meios mecânicos ou eletromecânicos.

32.10.12 Os trabalhadores dos serviços de saúde devem ser:

- a) capacitados para adotar mecânica corporal correta, na movimentação de pacientes ou de materiais, de forma a preservar a sua saúde e integridade física;
- b) orientados nas medidas a serem tomadas diante de pacientes com distúrbios de comportamento.

32.10.13 O ambiente onde são realizados procedimentos que provoquem odores fétidos deve ser provido de sistema de exaustão ou outro dispositivo que os minimizem.

32.10.14 É vedado aos trabalhadores pipetar com a boca.

32.10.15 Todos os lavatórios e pias devem:

- a) possuir torneiras ou comandos que dispensem o contato das mãos quando do fechamento da água;
- b) ser providos de sabão líquido e toalhas descartáveis para secagem das mãos.

32.10.16 As edificações dos serviços de saúde devem atender ao disposto na RDC 50 de 21 de fevereiro de 2002 da ANVISA.

32.11 Das Disposições Finais

~~32.11.1 A observância das disposições regulamentares constantes dessa Norma Regulamentadora NR, não desobriga as empresas do cumprimento de outras disposições que, com relação à matéria, sejam incluídas em códigos ou regulamentos sanitários dos Estados, Municípios e do Distrito Federal, e outras oriundas de convenções e acordos coletivos de trabalho, ou constantes nas demais NR e legislação federal pertinente à matéria. (Revogado pela Portaria SEPRT n.º 915, de 30 de julho de 2019)~~

~~32.11.2 Todos os atos normativos mencionados nesta NR, quando substituídos ou atualizados por novos atos, terão a referência automaticamente atualizada em relação ao ato de origem. (Revogado pela Portaria SEPRT n.º 915, de 30 de julho de 2019)~~

32.11.3 Ficam criadas a Comissão Tripartite Permanente Nacional da NR-32, denominada CTPN da NR-32, e as Comissões Tripartites Permanentes Regionais da NR-32, no âmbito das Unidades da Federação, denominadas CTPR da NR-32.

32.11.3.1 As dúvidas e dificuldades encontradas durante a implantação e o desenvolvimento continuado desta NR deverão ser encaminhadas à CTPN.

~~32.11.4 A responsabilidade é solidária entre contratantes e contratados quanto ao cumprimento desta NR. (Revogado pela Portaria SEPRT n.º 915, de 30 de julho de 2019)~~

ANEXO I

Os agentes biológicos são classificados em:

Classe de risco 1: baixo risco individual para o trabalhador e para a coletividade, com baixa probabilidade de causar doença ao ser humano.

Classe de risco 2: risco individual moderado para o trabalhador e com baixa probabilidade de disseminação para a coletividade. Podem causar doenças ao ser humano, para as quais existem meios eficazes de profilaxia ou tratamento.

Classe de risco 3: risco individual elevado para o trabalhador e com probabilidade de disseminação para a coletividade. Podem causar doenças e infecções graves ao ser humano, para as quais nem sempre existem meios eficazes de profilaxia ou tratamento.

Classe de risco 4: risco individual elevado para o trabalhador e com probabilidade elevada de disseminação para a coletividade. Apresenta grande poder de transmissibilidade de um indivíduo a outro. Podem causar doenças graves ao ser humano, para as quais não existem meios eficazes de profilaxia ou tratamento.

ANEXO II

Tabela de classificação dos Agentes Biológicos

1. Este anexo apresenta uma tabela de agentes biológicos, classificados nas classes de risco 2, 3 e 4, de acordo com os critérios citados no Anexo I. Para algumas informações adicionais, utilizamos os seguintes símbolos:

A: possíveis efeitos alérgicos

E: agente emergente e oportunista

O: agente oncogênico de baixo risco

O+: agente oncogênico de risco moderado

T: produção de toxinas

V: vacina eficaz disponível

(*): normalmente não é transmitido através do ar

“spp”: outras espécies do gênero, além das explicitamente indicadas, podendo constituir um risco para a saúde.

Na classificação por gênero e espécie podem ocorrer as seguintes situações:

- a) no caso de mais de uma espécie de um determinado gênero ser patogênica, serão assinaladas as mais importantes, e as demais serão seguidas da denominação “spp”, indicando que outras espécies do gênero podem ser também patogênicas. Por exemplo: *Campylobacter fetus*, *Campylobacter jejuni*, *Campylobacter spp*.
- b) quando uma única espécie aparece na tabela, por exemplo, *Rochalimaea quintana*, indica que especificamente este agente é patógeno.

2. Na classificação dos agentes considerou-se os possíveis efeitos para os trabalhadores sadios. Não foram considerados os efeitos particulares para os trabalhadores cuja suscetibilidade possa estar afetada, como nos casos de patologia prévia, medicação, transtornos imunológicos, gravidez ou lactação.

3. Para a classificação correta dos agentes utilizando-se esta tabela, deve-se considerar que:

- a) a não identificação de um determinado agente na tabela não implica em sua inclusão automática na classe de risco 1, devendo-se conduzir, para isso, uma avaliação de risco, baseada nas propriedades conhecidas ou potenciais desses agentes e de outros representantes do mesmo gênero ou família.
- b) os organismos geneticamente modificados não estão incluídos na tabela.
- c) no caso dos agentes em que estão indicados apenas o gênero, devem-se considerar excluídas as espécies e cepas não patogênicas para o homem.
- d) todos os vírus isolados em seres humanos, porém não incluídos na tabela, devem ser classificados na classe de risco 2, até que estudos para sua classificação estejam concluídos.

AGENTES BIOLÓGICOS	Classificação (grupos)	Notas
Bactérias		
<i>Acinetobacter baumannii</i> (anteriormente <i>Acinetobacter calcoaceticus</i>)	2	
<i>Actinobacillus spp</i>	2	
<i>Actinomadura madurae</i>	2	
<i>Actinomadura pelletieri</i>	2	
<i>Actinomyces gerencseriae</i>	2	
<i>Actinomyces israelii</i>	2	
<i>Actinomyces pyogenes</i> (anteriormente <i>Corynebacterium pyogenes</i>)	2	
<i>Actinomyces spp</i>	2	
<i>Aeromonas hydrophyla</i>	2	
<i>Amycolata autotrophica</i>	2	
<i>Archaeobacterium haemolyticum</i> (<i>Corynebacterium haemolyticum</i>)	2	
<i>Bacillus anthracis</i>	3	
<i>Bacteroides fragilis</i>	2	
<i>Bartonella</i> (<i>Rochalimea</i>) spp	2	

<i>Bartonella bacilliformis</i>	2	
<i>Bartonella henselae</i>	2	
<i>Bartonella quintana</i>	2	
<i>Bartonella vinsonii</i>	2	
<i>Bordetella bronchiseptica</i>	2	
<i>Bordetella parapertussis</i>	2	
<i>Bordetella pertussis</i>	2	V
<i>Borrelia anserina</i>	2	
<i>Borrelia burgdorferi</i>	2	
<i>Borrelia duttonii</i>	2	
<i>Borrelia persicus</i>	2	
<i>Borrelia recurrentis</i>	2	
<i>Borrelia spp</i>	2	
<i>Borrelia theileri</i>	2	
<i>Borrelia vincenti</i>	2	
<i>Brucella abortus</i>	3	
<i>Brucella canis</i>	3	
<i>Brucella melitensis</i>	3	
<i>Brucella suis</i>	3	
<i>Burkholderia mallei</i> (<i>Pseudomonas mallei</i>)	3	
<i>Burkholderia pseudomallei</i> (<i>Pseudomonas pseudomallei</i>)	3	
<i>Campylobacter coli</i>	2	
<i>Campylobacter fetus</i>	2	
<i>Campylobacter jejuni</i>	2	
<i>Campylobacter septicum</i>	2	
<i>Campylobacter spp</i>	2	
<i>Cardiobacterium hominis</i>	2	
<i>Chlamydia pneumoniae</i>	2	
<i>Chlamydia trachomatis</i>	2	
<i>Chlamydia psittaci</i> (cepas aviárias)	3	
<i>Clostridium botulinum</i>	3	T
<i>Clostridium chauvoei</i>	2	
<i>Clostridium haemolyticum</i>	2	
<i>Clostridium histolyticum</i>	2	
<i>Clostridium novyi</i>	2	
<i>Clostridium perfringens</i>	2	
<i>Clostridium septicum</i>	2	
<i>Clostridium spp</i>	2	
<i>Clostridium tetani</i>	2	T, V
<i>Corynebacterium diphtheriae</i>	2	T, V
<i>Corynebacterium equi</i>	2	
<i>Corynebacterium haemolyticum</i>	2	
<i>Corynebacterium minutissimum</i>	2	
<i>Corynebacterium pseudotuberculosis.</i>	2	
<i>Corynebacterium pyogenes</i>	2	
<i>Corynebacterium renale</i>	2	
<i>Corynebacterium spp</i>	2	

<i>Coxiella burnetii</i>	3	
<i>Dermatophilus congolensis</i>	2	
<i>Edwardsiella tarda</i>	2	
<i>Ehrlichia sennetsu</i> (<i>Rickettsia sennetsu</i>)	2	
<i>Ehrlichia</i> spp	2	
<i>Eikenella corrodens</i>	2	
<i>Enterobacter aerogenes/cloacae</i>	2	
<i>Enterococcus</i> spp	2	
<i>Erysipelothrix rhusiopathiae</i>	2	
<i>Escherichia coli</i> (todas as cepas enteropatogênicas, enterotoxigênicas, enteroinvasivas e detentoras do antígeno K 1)	2	
<i>Escherichia coli</i> , cepas verocitotóxicas (por exemplo O157:H7 ou O103)	3	(*), T
<i>Francisella tularensis</i> (tipo A)	3	
<i>Haemophilus ducreyi</i>	2	
<i>Haemophilus equigenitalis</i>	3	
<i>Haemophilus influenzae</i>	2	
<i>Helicobacter pylori</i>	2	
<i>Klebsiella oxytoca</i>	2	
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	2	
<i>Klebsiella</i> spp	2	
<i>Legionella pneumophila</i>	2	
<i>Legionella</i> spp	2	
<i>Leptospira interrogans</i> (todos os sorotipos)	2	
<i>Listeria monocytogenes</i>	2	
<i>Listeria ivanovii</i>	2	
<i>Moraxella</i> spp	2	
<i>Mycobacterium asiaticum</i>	2	
<i>Mycobacterium avium/intracellulare</i>	2	
<i>Mycobacterium bovis</i> (exceto a cepa BCG)	3	V
<i>Mycobacterium chelonae</i>	2	
<i>Mycobacterium fortuitum</i>	2	
<i>Mycobacterium kansasii</i>	2	
<i>Mycobacterium leprae</i>	2	
<i>Mycobacterium malmoeense</i>	2	
<i>Mycobacterium marinum</i>	2	
<i>Mycobacterium paratuberculosis</i>	2	
<i>Mycobacterium scrofulaceum</i>	2	
<i>Mycobacterium simiae</i>	2	
<i>Mycobacterium szulgai</i>	2	
<i>Mycobacterium tuberculosis</i>	3	V
<i>Mycobacterium xenopi</i>	2	
<i>Mycoplasma caviae</i>	2	
<i>Mycoplasma hominis</i>	2	
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	2	
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	2	
<i>Neisseria meningitidis</i>	2	V
<i>Nocardia asteroides</i>	2	

<i>Nocardia brasiliensis</i>	2	
<i>Nocardia farcinica</i>	2	
<i>Nocardia nova</i>	2	
<i>Nocardia otitidiscaviarum</i>	2	
<i>Nocardia transvalensis</i>	2	
<i>Pasteurella multocida</i>	2	
<i>Pasteurella multocida</i> tipo B (amostra buffalo e outras cepas virulentas)	3	
<i>Pasteurella</i> spp	2	
<i>Peptostreptococcus anaerobius</i>	2	
<i>Plesiomonas shigelloides</i>	2	
<i>Porphyromonas</i> spp	2	
<i>Prevotella</i> spp	2	
<i>Proteus mirabilis</i>	2	
<i>Proteus penneri</i>	2	
<i>Proteus vulgaris</i>	2	
<i>Providencia alcalifaciens</i>	2	
<i>Providencia rettgeri</i>	2	
<i>Providencia</i> spp	2	
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	2	
<i>Rhodococcus equi</i>	2	
<i>Rickettsia akari</i>	3	(*)
<i>Rickettsia australis</i>	3	
<i>Rickettsia canada</i>	3	(*)
<i>Rickettsia conorii</i>	3	
<i>Rickettsia montana</i>	3	(*)
<i>Rickettsia prowazekii</i>	3	
<i>Rickettsia rickettsii</i>	3	
<i>Rickettsia siberica</i>	3	
<i>Rickettsia tsutsugamushi</i>	3	
<i>Rickettsia typhi</i> (<i>Rickettsia mooseri</i>)	3	
<i>Salmonella arizonae</i>	2	
<i>Salmonella enteritidis</i>	2	
<i>Salmonella typhimurium</i>	2	
<i>Salmonella paratyphi</i> A, B, C	2	V
<i>Salmonella typhi</i>	2	(*), V
<i>Salmonella</i> spp	2	
<i>Serpulina</i> spp	2	
<i>Shigella boydii</i>	2	
<i>Shigella dysenteriae</i>	2	
<i>Shigella flexneri</i>	2	
<i>Shigella sonnei</i>	2	
<i>Staphylococcus aureus</i>	2	
<i>Streptobacillus moniliformis</i>	2	
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	2	
<i>Streptococcus pyogenes</i>	2	
<i>Streptococcus suis</i>	2	
<i>Streptococcus</i> spp	2	

<i>Treponema carateum</i>	2	
<i>Treponema pallidum</i>	2	
<i>Treponema pertenue</i>	2	
<i>Treponema spp</i>	2	
<i>Vibrio cholerae</i> (01 e 0139)	2	
<i>Vibrio parahaemolyticus</i>	2	
<i>Vibrio vulnificus</i>	2	
<i>Vibrio spp</i>	2	
<i>Yersinia enterocolitica</i>	2	
<i>Yersinia pestis</i>	3	V
<i>Yersinia pseudotuberculosis</i>	2	
<i>Yersinia spp</i>	2	
Vírus		
Herpesvirus de cobaias	2	O
Shope fibroma virus	2	O
Vírus da Doença hemorrágica de coelhos	4	
Vírus da Enterite viral de patos, gansos e cisnes	4	
Vírus da Febre catarral maligna de bovinos e cervos	4	
Vírus da Hepatite viral do pato tipos 1, 2 e 3	4	
Vírus da Leucemia de Hamsters	2	O
Vírus da Leucose Bovina Enzoótica	2	O
Vírus da lumpy skin	4	
Vírus do Sarcoma Canino	2	O
Vírus do Tumor Mamário de camundongos	2	O
Vírus Lucke (vírus de rãs)	2	O
Adenoviridae	2	
Adenovirus 1 aviário - Vírus CELO	2	O
Adenovirus 2 - Vírus Símio 40 (Ad2-SV40)	2	O+
Adenovirus 7 - Vírus Símio 40 (Ad7-SV40)	2	O
Arenaviridae:		
* Complexos virais LCM-Lassa (arenavírus do Velho Continente)		
Vírus Lassa	4	
Vírus da coriomeningite linfocítica (cepas neurotrópicas)	3	
Vírus da coriomeningite linfocítica (outras cepas)	2	
* Complexos virais Tacaribe (arenavírus do Novo Mundo):		
Vírus Amapari	2	
Vírus Flechal	2	
Vírus Guanarito	4	
Vírus Junin	4	
Vírus Latino	2	
Vírus Machupo	4	
Vírus Paraná	2	
Vírus Pichinde	2	
Vírus Sabiá	4	
Astroviridae	2	
Birnavirus: incluindo Picobirnavirus, Picotrinavirus	2	
Bunyaviridae:		

Vírus Belém	2	
Vírus Mojuí dos Campos	2	
Vírus Pará	2	
Vírus Santarém	2	
Vírus Turlock	2	
* Grupo <i>Anopheles</i> A		
Vírus Arumateua	2	
Vírus Caraipé	2	
Vírus Lukuni	2	
Vírus Tacaiuma	2	
Vírus Trombetas	2	
Vírus Tucurui	2	
* Grupo Bunyamwera		
Vírus Iaco	2	
Vírus Kairi	2	
Vírus Macauã	2	
Vírus Maguari	2	
Vírus Sororoca	2	
Vírus Taiassuí	2	
Vírus Tucunduba	2	
Vírus Xingu	2	
* Grupo da encefalite da Califórnia		
Vírus Inkoo	2	
Vírus La Crosse	2	
Vírus Lumbo	2	
Vírus San Angelo	2	
Vírus Snow hare	2	
Vírus Tahyna	2	
* Grupo Melão		
Vírus Guaroa	2	
Vírus Jamestown Canyon	2	
Vírus Keystone	2	
Vírus Serra do Navio	2	
Vírus South River	2	
Vírus Trivittatus	2	
* Grupo C		
Vírus Apeu	2	
Vírus Caraparu	2	
Vírus Itaqui	2	
Vírus Marituba	2	
Vírus Murutucu	2	
Vírus Nepuyo	2	
Vírus Oriboca	2	
* Grupo Capim		
Vírus Acara	2	
Vírus Benevides	2	
Vírus Benfica	2	

Vírus Capim	2	
Vírus Guajará	2	
Vírus Moriche	2	
* Grupo Guamá		
Vírus Ananindeua	2	
Vírus Bimiti	2	
Vírus Catú	2	
Vírus Guamá	2	
Vírus Mirim	2	
Vírus Moju	2	
Vírus Timboteua	2	
* Grupo Simbu		
Vírus Jatobal	2	
Vírus Oropouche	2	
Vírus Utinga	2	
Caliciviridae:		
Vírus da Hepatite E	2	(*)
Vírus Norwalk	2	
Outros Caliciviridae	2	
Coronaviridae:		
Vírus humanos, gastroenterite de suínos, hepatite murina, <i>Coronavirus</i> bovinos, peritonite infecciosa felina, bronquite infecciosa aviária, <i>Coronavirus</i> de caninos, ratos e coelhos	2	
Filoviridae:		
Vírus Ebola	4	
Vírus de Marburg	4	
Flaviviridae:		
Vírus Bussuquara	2	
Vírus Cacipacoré	2	
Vírus da Dengue tipos 1-4	2	
Vírus da Encefalite B japonesa	3	V
Vírus da Encefalite da Austrália (Encefalite do Vale Murray)	3	
Vírus da Encefalite da primavera-verão russa	4	V, (a)
Vírus da Encefalite de São Luís	2	
Vírus da Encefalite da Europa Central	4	(*), V, (a)
Vírus da Febre amarela	3	V
Vírus da Febre hemorrágica de Omsk	4	(a)
Vírus da Floresta de Kyasanur	4	V, (a)
Vírus da Hepatite C	2	(*)
Vírus do Nilo Ocidental	2	
Vírus Ilhéus	2	
Vírus Kunjin	2	
Vírus Powassan	3	
Vírus Rocio	3	
Vírus Sal Vieja	3	
Vírus San Perlita	3	

Vírus Spondweni	3	
Hantavirus:		
Vírus Andes	3	
Vírus Dobrava (Belgrado)	3	
Vírus Hantaan (Febre hemorrágica da Coreia)	3	
Vírus Juquitiba	3	
Vírus Prospect Hill	2	
Vírus Puumala	2	
Vírus Seoul	3	
Vírus Sin Nombre	3	
Hepadnaviridae:		
Vírus da hepatite B	2	(*), V
Vírus da hepatite D (Delta)	2	(*), V, (b)
Herpesviridae:		
Citomegalovírus	2	
Herpes simplex vírus tipos 1 e 2	2	
Herpesvírus de Ateles (Rhadinovírus)	3	
Herpesvírus de Saimiri (Rhadinovírus)	3	
Herpesvírus humano 7 (HHV7)	2	
Herpesvírus humano 8 (HHV8)	2	
Herpesvírus simiae (vírus B)	4	
Herpesvírus varicellazoster	2	
Vírus da Doença de Marek	2	O
Vírus Epstein-Barr	2	O
Vírus linfotrópico humano B (HBLV-HHV6)	2	
Nairovírus:		
Vírus da Febre hemorrágica da Crimeia/Congo	4	
Vírus Hazara	2	
Oncornavírus: Vírus C e D	3	
Orthomyxoviridae:		
Vírus da Influenza tipos A, B e C	2	V (c)
Ortomixovírus transmitidos por carrapatos: Vírus Dhori e Thogoto	2	
Papovaviridae:		
Polyoma vírus	2	O
Shope papilloma vírus	2	O
Vírus BK e JC	2	
Vírus do Papiloma bovino	2	O
Vírus do Papiloma humano	2	
Vírus Símio 40 (SV40)	2	
Paramyxoviridae:		
Pneumovírus	2	
Vírus da Cachumba	2	V
Vírus da Doença de Newcastle (amostras não-asiáticas)	2	
Vírus da Parainfluenza tipos 1 a 4	2	
Vírus do Sarampo	2	V
Vírus Nipah	2	

Vírus Respiratório Sincicial	2	
Parvoviridae:		
Parvovirus humano (B 19)	2	
Phlebovirus:		
Uukuvirus	2	
Vírus Alenquer	2	
Vírus Ambé	2	
Vírus Anhangá	2	
Vírus Ariquemes	2	
Vírus Belterra	2	
Vírus Bujarú	2	
Vírus Candirú	2	
Vírus de Toscana	2	
Vírus Icoarací	2	
Vírus Itaituba	2	
Vírus Itaporanga	2	
Vírus Jacundá	2	
Vírus Joa	2	
Vírus Morumbi	2	
Vírus Munguba	2	
Vírus Nápoles	2	
Vírus Oriximina	2	
Vírus Pacuí	2	
Vírus Serra Norte	2	
Vírus Tapará	2	
Vírus Toscana	2	
Vírus Turuna	2	
Vírus Uriurana	2	
Vírus Urucuri	2	
Picornaviridae:		
Poliovirus	2	V
Rinovirus	2	
Vírus Coxsackie	2	
Vírus da Aftosa com seus diversos tipos e variantes	4	
Vírus da Conjuntivite Hemorrágica Aguda (AHC)	2	
Vírus da Hepatite A (enterovirus humano tipo 72)	2	V
Vírus ECHO	2	
Poxviridae:		
Parapoxvirus	2	
Poxvirus de caprinos, suínos e aves	2	
Vírus Buffalopox	2	(d)
Vírus Cotia	2	
Vírus Cowpox (e relacionados isolados de felinos domésticos e animais selvagens)	2	
Vírus da varíola (major, minor)	4	V
Vírus da varíola alastrim	4	
Vírus da varíola do camelo	4	

Vírus do Nódulo dos ordenhadores	2	
Vírus <i>Molluscum contagiosum</i>	4	V
Vírus Monkeypox (varíola do macaco)	3	
Vírus Orf	2	
Vírus Vaccinia	2	
Vírus Whitepox ("vírus da varíola")	4	V
Vírus Yatapox: Tana	2	
Vírus Yatapox: Yaba	2	O+
Reoviridae:		
Coltivirus	2	
Orbivirus	2	
Orthoreovirus tipos 1, 2 e 3	2	
Reovirus isolados na Amazônia dos Grupos Changuinola e Corriparta	2	
Rotavirus humanos	2	
Vírus Ieri	2	
Vírus Itupiranga	2	
Vírus Tembê	2	
Retroviridae:		
HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana	3	(*)
Rous Sarcoma Vírus	2	O
Vírus da Leucemia de Gibões (GaLV)	2	O+
Vírus da Leucemia de murinos	2	O
Vírus da Leucemia de ratos	2	O
Vírus da Leucemia Felina (FeLV)	2	O+
Vírus da Leucose Aviária	2	O
Vírus do Sarcoma de murinos	2	O
Vírus do Sarcoma de Símios (SSV-1)	2	O+
Vírus do Sarcoma Felino (FeSV)	2	O+
Vírus Linfotrópicos das células T humana (HTLV-1 e HTLV-2)	3	(*)
Vírus Símio Mason-Pfizer	2	O
Vírus SIV	3	(*), (e)
Rhabdoviridae:		
Vírus Aruac	2	
Vírus da Raiva	3	V, (*)
Vírus Duvenhage	2	
Vírus Inhangapi	2	
Vírus Xiburema	2	
* Grupo da Estomatite Vesicular		
Vírus Alagoas VSV-3	2	
Vírus Carajás	2	
Vírus Cocal VSV-2	2	
Vírus Indiana VSV-1	2	
Vírus Juruna	2	
Vírus Marabá	2	
Vírus Maraba VSV-4	2	
Vírus Piry	2	
* Grupo Hart Park		

Vírus Hart Park	2	
Vírus Mosqueiro	2	
* Grupo Mussuril		
Vírus Cuiabá	2	
Vírus Marco	2	
* Grupo Timbó		
Vírus Chaco	2	
Vírus Sena Madureira	2	
Vírus Timbó	2	
Togaviridae:		
* Alfavirus		
Vírus Aurá	2	
Vírus Bebaru	2	
Vírus Chikungunya	2	(*)
Vírus da Encefalomyelose equina americana ocidental	2	V
Vírus da Encefalomyelose equina americana oriental	2	V
Vírus da Encefalomyelose equina venezuelana	3	V
Vírus do Bosque Semliki	2	
Vírus do Rio Ross	2	
Vírus Mayaro	2	
Vírus Mucambo	2	(*)
Vírus Onyongnyong	2	
Vírus Pixuna	2	
Vírus Una	2	
Outros alfavirus conhecidos	2	
* Rubivirus: Vírus da Rubéola	2	V
* Pestivirus: Vírus da Diarréia Bovina	2	
Prions: agentes não classificados associados a encefalopatias espongiformes transmissíveis		
Agente da Encefalopatia Espongiforme Bovina (BSE), <i>scrapie</i> e outras doenças animais afins	3	(*), (f)
Agente da Doença de Creutzfeldt-Jakob (CJD)	3	(*)
Agente da Insônia Familiar Fatal	3	(*)
Agente da Síndrome de Gerstmann-Sträussler-Scheinker	3	(*)
Agente do Kuru	3	(*)
Parasitas		
<i>Acanthamoeba castellanii</i>	2	
<i>Ancylostoma ceylanicum</i>	2	
<i>Ancylostoma duodenale</i>	2	
<i>Angiostrongylus cantonensis</i>	2	
<i>Angiostrongylus costaricensis</i>	2	
<i>Angiostrongylus</i> spp	2	
<i>Ascaris lumbricoides</i>	2	A
<i>Ascaris suum</i>	2	A
<i>Babesia divergens</i>	2	
<i>Babesia microti</i>	2	
<i>Balantidium coli</i>	2	

<i>Brugia malayi</i>	2	
<i>Brugia pahangi</i>	2	
<i>Brugia timori</i>	2	
<i>Capillaria philippinensis</i>	2	
<i>Capillaria</i> spp	2	
<i>Clonorchis sinensis</i>	2	
<i>Clonorchis viverrini</i>	2	
<i>Coccidia</i> spp	2	
<i>Cryptosporidium parvum</i>	2	
<i>Cryptosporidium</i> spp	2	
<i>Cyclospora cayetanensis</i>	2	
<i>Cysticercus cellulosae</i> (cisto hidático, larva de <i>T. solium</i>)	2	
<i>Dactylaria galopava</i> (<i>Ochroconis gallopavum</i>)	2	
<i>Dipetalonema streptocerca</i>	2	
<i>Diphyllbothrium latum</i>	2	
<i>Dracunculus medinensis</i>	2	
<i>Echinococcus granulosus</i>	2	(*)
<i>Echinococcus multilocularis</i>	2	(*)
<i>Echinococcus vogeli</i>	2	(*)
<i>Emmonsia parva</i> var. <i>crescens</i>	2	
<i>Emmonsia parva</i> var. <i>parva</i>	2	
<i>Entamoeba histolytica</i>	2	
<i>Enterobius</i> spp	2	
<i>Exophiala</i> (<i>Wangiella</i>) <i>dermatitidis</i>	2	
<i>Fasciola gigantica</i>	2	
<i>Fasciola hepatica</i>	2	
<i>Fasciolopsis buski</i>	2	
<i>Fonsecaea compacta</i>	2	
<i>Fonsecaea pedrosoi</i>	2	
<i>Giardia lamblia</i> (<i>Giardia intestinalis</i>)	2	
<i>Giardia</i> spp	2	
<i>Heterophyes</i> spp	2	
<i>Hymenolepis diminuta</i>	2	
<i>Hymenolepis nana</i>	2	
<i>Isospora</i> spp	2	
<i>Leishmania brasiliensis</i>	2	(*)
<i>Leishmania donovani</i>	2	(*)
<i>Leishmania major</i>	2	
<i>Leishmania mexicana</i>	2	
<i>Leishmania peruviana</i>	2	
<i>Leishmania</i> spp	2	
<i>Leishmania tropica</i>	2	
<i>Leishmania ethiopica</i>	2	
<i>Loa loa</i>	2	
<i>Madurella grisea</i>	2	
<i>Madurella mycetomatis</i>	2	
<i>Mansonella ozzardi</i>	2	

<i>Mansonella perstans</i>	2	
<i>Microsporidium</i> spp	2	
<i>Naegleria fowleri</i>	2	
<i>Naegleria gruberi</i>	2	
<i>Necator americanus</i>	2	
<i>Onchocerca volvulus</i>	2	
<i>Opisthorchis felinus</i>	2	
<i>Opisthorchis</i> spp	2	
<i>Paragonimus westermani</i>	2	
<i>Plasmodium cynomolgi</i>	2	
<i>Plasmodium falciparum</i>	2	(*)
<i>Plasmodium malariae</i>	2	
<i>Plasmodium ovale</i>	2	
<i>Plasmodium</i> spp (humano e símio)	2	
<i>Plasmodium vivax</i>	2	
<i>Sarcocystis sui hominis</i>	2	
<i>Scedosporium apiospermum</i> (<i>Pseudallescheria boidii</i>)	2	
<i>Scedosporium prolificans</i> (<i>inflatum</i>)	2	
<i>Schistosoma haematobium</i>	2	
<i>Schistosoma intercalatum</i>	2	
<i>Schistosoma japonicum</i>	2	
<i>Schistosoma mansoni</i>	2	
<i>Schistosoma mekongi</i>	2	
<i>Strongyloides</i> spp	2	
<i>Strongyloides stercoralis</i>	2	
<i>Taenia saginata</i>	2	
<i>Taenia solium</i>	2	(*)
<i>Toxocara canis</i>	2	
<i>Toxoplasma gondii</i>	2	
<i>Trichinella spiralis</i>	2	
<i>Trichuris trichiura</i>	2	
<i>Trypanosoma brucei brucei</i>	2	
<i>Trypanosoma brucei gambiense</i>	2	
<i>Trypanosoma brucei rhodesiense</i>	2	(*)
<i>Trypanosoma cruzi</i>	2	
<i>Wuchereria bancrofti</i>	2	
Fungos		
<i>Acremonium falciforme</i>	2	E
<i>Acremonium kiliense</i>	2	E
<i>Acremonium potronii</i>	2	E
<i>Acremonium recifei</i>	2	E
<i>Acremonium roseogriseum</i>	2	E
<i>Alternaria</i> anamorfo de <i>Pleospora infectoria</i>	2	E
<i>Aphanoascus fulvescens</i>	2	E
<i>Aspergillus amstelodami</i>	2	E
<i>Aspergillus caesiellus</i>	2	E
<i>Aspergillus candidus</i>	2	E

<i>Aspergillus carneus</i>	2	E
<i>Aspergillus flavus</i>	2	
<i>Aspergillus fumigatus</i>	2	
<i>Aspergillus glaucus</i>	2	E
<i>Aspergillus oryzae</i>	2	E
<i>Aspergillus penicillioides</i>	2	E
<i>Aspergillus restrictus</i>	2	E
<i>Aspergillus sydowi</i>	2	E
<i>Aspergillus terreus</i>	2	E
<i>Aspergillus unguis</i>	2	E
<i>Aspergillus versicolor</i>	2	E
<i>Beauveria bassiana</i>	2	E
<i>Blastomyces dermatitidis</i> (<i>Ajellomyces dermatitidis</i>)	2	A
<i>Candida albicans</i>	2	A
<i>Candida lipolytica</i>	2	E
<i>Candida pulcherrima</i>	2	E
<i>Candida ravautii</i>	2	E
<i>Candida tropicalis</i>	2	
<i>Candida viswanathii</i>	2	E
<i>Chaetoconidium</i> spp	2	E
<i>Chaetomium</i> spp	2	E
<i>Chaetosphaeronema larense</i>	2	E
<i>Cladophialophora bantiana</i> (<i>Xylophora bantiana</i> , <i>Cladosporium bantianum</i> ou <i>C. trichoides</i>)	2	
<i>Cladophialophora carrioni</i> (<i>Cladosporium carrioni</i>)	2	
<i>Cladosporium cladosporioides</i>	2	E
<i>Coccidioides immitis</i>	3	A
<i>Conidiobolus incongruus</i>	2	E
<i>Coprinus cinereus</i>	2	E
<i>Cryptococcus neoformans</i>	2	
<i>Cryptococcus neoformans</i> var. <i>gattii</i> (<i>Filobasidiella bacillispora</i>)	2	A
<i>Cryptococcus neoformans</i> var. <i>neoformans</i> (<i>Filobasidiella neoformans</i> var. <i>neoformans</i>)	2	A
<i>Cunninghamella geniculata</i>	2	E
<i>Curvularia pallescens</i>	2	E
<i>Curvularia senegalensis</i>	2	E
<i>Cylindrocarpon tonkinense</i>	2	E
<i>Drechslera</i> spp	2	E
<i>Emmonsia parva</i> var. <i>crescens</i>	2	
<i>Emmonsia parva</i> var. <i>parva</i>	2	
<i>Epidermophyton floccosum</i>	2	A
<i>Epidermophyton</i> spp	2	
<i>Exophiala</i> (<i>Wangiella</i>) <i>dermatitidis</i>	2	
<i>Exophiala moniliae</i>	2	E
<i>Fonsecaea compacta</i>	2	
<i>Fonsecaea pedrosoi</i>	2	
<i>Fusarium dimerum</i>	2	E

<i>Fusarium nivale</i>	2	E
<i>Geotrichum candidum</i>	2	E
<i>Hansenula polymorpha</i>	2	E
<i>Histoplasma capsulatum duboisii</i>	3	
<i>Histoplasma capsulatum var capsulatum (Ajellomyces capsulatus)</i>	3	
<i>Lasiodiplodia theobramae</i>	2	E
<i>Madurella grisea</i>	2	
<i>Madurella mycetomatis</i>	2	
<i>Madurella spp</i>	2	
<i>Microascus desmosporus</i>	2	E
<i>Microsporum aldouinii</i>	2	A
<i>Microsporum canis</i>	2	A
<i>Microsporum spp</i>	2	A
<i>Mucor rouxianus</i>	2	E
<i>Mycelia sterilia</i>	2	E
<i>Mycocentrospora acerina</i>	2	E
<i>Neotestudina rosatii</i>	2	
<i>Oidiodendron cerealis</i>	2	E
<i>Paecilomyces lilacinus</i>	2	E
<i>Paecilomyces variotti</i>	2	E
<i>Paecilomyces viridis</i>	2	E
<i>Paracoccidioides brasiliensis</i> (na fase de esporulação apresenta maior risco de infecção)	2	
<i>Penicillium chrysogenum</i>	2	E
<i>Penicillium citrinum</i>	2	E
<i>Penicillium commune</i>	2	E
<i>Penicillium expansum</i>	2	E
<i>Penicillium marneffeii</i>	2	A
<i>Penicillium spinulosum</i>	2	E
<i>Phialophora hoffmannii</i>	2	E
<i>Phialophora parasitica</i>	2	E
<i>Phialophora repens</i>	2	E
<i>Phoma hibernica</i>	2	E
<i>Phyllosticta ovalis</i>	2	E
<i>Phyllosticta spp</i>	2	E
<i>Pneumocystis carinii</i>	2	
<i>Pyrenochaeta unguis-hominis</i>	2	E
<i>Rhizoctonia spp</i>	2	E
<i>Rhodotorula pilimanae</i>	2	E
<i>Rhodotorula rubra</i>	2	E
<i>Scedosporium apiospermum (Pseudallescheria boidii)</i>	2	
<i>Scedosporium prolificans (inflatum)</i>	2	
<i>Schizophyllum commune</i>	2	E
<i>Scopulariopsis acremonium</i>	2	E
<i>Scopulariopsis brumptii</i>	2	E
<i>Sporothrix schenckii</i>	2	
<i>Stenella araguata</i>	2	E

<i>Taeniolella stilbospora</i>	2	E
<i>Tetraploa</i> spp	2	E
<i>Trichophyton rubrum</i>	2	
<i>Trichophyton</i> spp	2	
<i>Trichosporon capitatum</i>	2	E
<i>Tritirachium oryzae</i>	2	E
<i>Volutella cinerescens</i>	2	E

Fontes:

1. Brasil (2004) **Diretrizes Gerais para o trabalho em contenção com material biológico. Série A: Normas e Manuais Técnicos.** Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Brasília: Ministério da Saúde, 60p.
2. UE (2000) Council Directive 2000/54/EC. **OJ L 262, 17.10.2000, 21p.**
3. ABSA (2005) Risk Group Classification for Infectious Agents. <http://www.absa.org/resriskgroup.html>, acessado em 11 de julho de 2005.

(a) Encefalites transmitidas por carrapatos.

(b) O vírus da hepatite D é patogênico apenas na presença de infecção simultânea ou secundária causada pelo vírus da hepatite B. Assim, a vacinação de pessoas que não sejam portadoras do vírus da hepatite B também imuniza contra a hepatite D (Delta).

(c) Apenas para os tipos A e B.

(d) Dois vírus estão identificados: um é o buffalopox tipo e o outro é uma variante do vírus Vaccinia.

(e) Até o momento não há evidência de doença em seres humanos causada por retrovírus de origem símia. Como precaução, recomenda-se nível de contenção 3 para o trabalho com este agente.

(f) Até o momento não há evidência de infecções em seres humanos causadas pelos agentes responsáveis pela encefalite espongiforme bovina. No entanto, recomenda-se o nível de contenção 2, no mínimo, para o trabalho com este agente em laboratório.

ANEXO III

(Aprovado pela Portaria GM n.º 1.748, de 30 de agosto de 2011)

(Vide prazo de implementação no Art. 3º da Portaria)

PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE ACIDENTES COM MATERIAIS PERFUROCORTANTES

1. Objetivo e Campo de Aplicação:

1.1 Estabelecer diretrizes para a elaboração e implementação de um plano de prevenção de riscos de acidentes com materiais perfurocortantes com probabilidade de exposição a agentes biológicos, visando a proteção, segurança e saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral.

1.2 Entende-se por serviço de saúde qualquer edificação destinada à prestação de assistência à saúde da população, e todas as ações de promoção, recuperação, assistência, pesquisa e ensino em saúde em qualquer nível de complexidade.

1.3 Materiais perfurocortantes são aqueles utilizados na assistência à saúde que têm ponta ou

gume, ou que possam perfurar ou cortar.

1.4 O dispositivo de segurança é um item integrado a um conjunto do qual faça parte o elemento perfurocortante ou uma tecnologia capaz de reduzir o risco de acidente, seja qual for o mecanismo de ativação do mesmo.

2. Comissão gestora multidisciplinar:

2.1 O empregador deve constituir uma comissão gestora multidisciplinar, que tem como objetivo reduzir os riscos de acidentes com materiais perfurocortantes, com probabilidade de exposição a agentes biológicos, por meio da elaboração, implementação e atualização de plano de prevenção de riscos de acidentes com materiais perfurocortantes.

2.2 A comissão deve ser constituída, sempre que aplicável, pelos seguintes membros:

- a) o empregador, seu representante legal ou representante da direção do serviço de saúde;
- b) representante do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho - SESMT, conforme a Norma Regulamentadora n.º 4;
- c) vice-presidente da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA ou o designado responsável pelo cumprimento dos objetivos da Norma Regulamentadora n.º 5, nos casos em que não é obrigatória a constituição de CIPA; *(redação vigente até 19 de março de 2023)*
- c) vice-presidente da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio - CIPA ou o designado responsável pelo cumprimento dos objetivos da Norma Regulamentadora n.º 5, nos casos em que não é obrigatória a constituição de CIPA; *(Portaria MTP nº 4.219, de 20 de dezembro de 2022 - redação que entra em vigor no dia 20 de março de 2023)*
- d) representante da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- e) direção de enfermagem;
- f) direção clínica;
- g) responsável pela elaboração e implementação do PGRSS - Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde;
- h) representante da Central de Material e Esterilização;
- i) representante do setor de compras; e
- j) representante do setor de padronização de material.

3. Análise dos acidentes de trabalho ocorridos e das situações de risco com materiais perfurocortantes:

3.1 A Comissão Gestora deve analisar as informações existentes no PGR e no PCMSO, além das referentes aos acidentes do trabalho ocorridos com materiais perfurocortantes. *(Alterado pela Portaria MTP 806, de 13 de abril de 2022)*

3.2 A Comissão Gestora não deve se restringir às informações previamente existentes no serviço de saúde, devendo proceder às suas próprias análises dos acidentes do trabalho ocorridos e situações de risco com materiais perfurocortantes.

3.3 A Comissão Gestora deve elaborar e implantar procedimentos de registro e investigação de acidentes e situações de risco envolvendo materiais perfurocortantes.

4. Estabelecimento de prioridades:

4.1 A partir da análise das situações de risco e dos acidentes de trabalho ocorridos com materiais perfurocortantes, a Comissão Gestora deve estabelecer as prioridades, considerando obrigatoriamente os seguintes aspectos:

- a) situações de risco e acidentes com materiais perfurocortantes que possuem maior probabilidade de transmissão de agentes biológicos veiculados pelo sangue;
- b) frequência de ocorrência de acidentes em procedimentos com utilização de um material perfurocortante específico;
- c) procedimentos de limpeza, descontaminação ou descarte que contribuem para uma elevada ocorrência de acidentes; e
- d) número de trabalhadores expostos às situações de risco de acidentes com materiais perfurocortantes.

5. Medidas de controle para a prevenção de acidentes com materiais perfurocortantes:

5.1 A adoção das medidas de controle deve obedecer à seguinte hierarquia:

- a) substituir o uso de agulhas e outros perfurocortantes quando for tecnicamente possível;
- b) adotar controles de engenharia no ambiente (por exemplo, coletores de descarte);
- c) adotar o uso de material perfurocortante com dispositivo de segurança, quando existente, disponível e tecnicamente possível; e
- d) mudanças na organização e nas práticas de trabalho.

6. Seleção dos materiais perfurocortantes com dispositivo de segurança:

6.1 Esta seleção deve ser conduzida pela Comissão Gestora Multidisciplinar, atendendo as seguintes etapas:

- a) definição dos materiais perfurocortantes prioritários para substituição a partir da análise das situações de risco e dos acidentes de trabalho ocorridos;
- b) definição de critérios para a seleção dos materiais perfurocortantes com dispositivo de segurança e obtenção de produtos para a avaliação;
- c) planejamento dos testes para substituição em áreas selecionadas no serviço de saúde, decorrente da análise das situações de risco e dos acidentes de trabalho ocorridos; e
- d) análise do desempenho da substituição do produto a partir das perspectivas da saúde do trabalhador, dos cuidados ao paciente e da efetividade, para posterior decisão de qual material adotar.

7. Capacitação dos trabalhadores:

7.1 Na implementação do plano, os trabalhadores devem ser capacitados antes da adoção de qualquer medida de controle e de forma continuada para a prevenção de acidentes com materiais perfurocortantes.

7.2 A capacitação deve ser comprovada por meio de documentos que informem a data, o horário, a carga horária, o conteúdo ministrado, o nome e a formação ou capacitação profissional do instrutor e dos trabalhadores envolvidos.

8. Cronograma de implementação:

8.1 O plano deve conter um cronograma para a sua implementação.

8.2 O cronograma deve contemplar as etapas dos itens 3 a 7 acima descritos e respectivos prazos para a sua implantação.

8.3 Este cronograma e a comprovação da implantação devem estar disponíveis para a Fiscalização do Ministério do Trabalho e Emprego e para os trabalhadores ou seus representantes.

9. Monitoramento do plano:

9.1 O plano deve contemplar monitoração sistemática da exposição dos trabalhadores a agentes biológicos na utilização de materiais perfurocortantes, utilizando a análise das situações de risco e acidentes do trabalho ocorridos antes e após a sua implementação, como indicadores de acompanhamento.

10. Avaliação da eficácia do plano:

10.1 O plano deve ser avaliado a cada ano, no mínimo, e sempre que se produza uma mudança nas condições de trabalho e quando a análise das situações de risco e dos acidentes assim o determinar.

GLOSSÁRIO DA NR-32

ABNT: Associação Brasileira de Normas Técnicas

Acidente: é um evento súbito e inesperado que interfere nas condições normais de operação e que pode resultar em danos ao trabalhador, à propriedade ou ao meio ambiente.

Alvará de Funcionamento: Licença ou autorização de funcionamento ou operação do serviço fornecida pela autoridade sanitária local. Também chamado de licença ou alvará sanitário.

Análise *in vitro*: É um método indireto utilizado para determinação da atividade do radionuclídeo no corpo através da análise de material biológico, principalmente amostras de urina e fezes.

Análise *in vivo*: É um método direto de medida da radiação emitida, utilizado para avaliação do conteúdo corporal ou das atividades de alguns radionuclídeos em órgãos específicos do corpo. Nesta análise, geralmente são utilizados os chamados contadores de corpo inteiro, onde os raios gama ou X emitidos pelos elementos radioativos incorporados são detectados em pontos estratégicos do corpo do indivíduo monitorado.

Animais sinantrópicos: espécies que indesejavelmente coabitam com o homem e que podem transmitir doenças ou causar agravos à saúde humana, tais como roedores, baratas, moscas, pernilongos, pombos, formigas, pulgas e outros.

Antineoplásicos: são medicamentos que inibem ou previnem o crescimento e disseminação de alguns tipos de células cancerosas. São utilizados no tratamento de pacientes portadores de neoplasias malignas. São produtos altamente tóxicos e que podem causar teratogênese, mutagênese e carcinogênese com diferentes graus de risco.

ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Área Controlada: área sujeita a regras especiais de proteção e segurança, com a finalidade de controlar as exposições normais, prevenir a disseminação de contaminação radioativa e prevenir ou limitar a amplitude das exposições potenciais.

Área Supervisionada: área para a qual as condições de exposição ocupacional a radiações ionizantes são mantidas sob supervisão, mesmo que medidas de proteção e segurança específicas não sejam normalmente necessárias.

Armazenamento externo: Consiste na guarda dos recipientes de resíduos até a realização da etapa de coleta externa, em ambiente exclusivo com acesso facilitado para os veículos coletores.

Armazenamento Temporário: Consiste na guarda temporária dos recipientes contendo os resíduos já acondicionados, em local próximo aos pontos de geração, visando agilizar a coleta dentro do estabelecimento e otimizar o deslocamento entre os pontos geradores e o ponto destinado à apresentação para coleta externa. Não poderá ser feito armazenamento temporário com disposição direta dos sacos sobre o piso, sendo obrigatória a conservação dos sacos em recipientes de acondicionamento.

Biombo blindado: anteparo ou divisória móvel, cuja superfície é revestida com material para blindagem contra radiações ionizantes, para demarcar um espaço e criar uma área resguardada.

Blindagem: Barreira protetora. Material ou dispositivo interposto entre uma fonte de radiação e seres humanos ou meio ambiente com o propósito de segurança e proteção radiológica.

Braquiterapia: radioterapia mediante uma ou mais fontes seladas emissoras de raio gama ou beta utilizadas para aplicações superficiais, intracavitárias ou intersticiais.

Cabine de segurança biológica classe II B2: Cabine com a finalidade de oferecer proteção aos trabalhadores e ao meio ambiente dos produtos químicos, radionuclídeos e dos agentes biológicos que se enquadram no critério de Biossegurança Nível 3. Protegem também o produto ou ensaio executado no interior da cabine dos contaminantes existentes no local onde ela está instalada e da contaminação cruzada no interior da própria cabine.

Cabine de Segurança Biológica Classe II tipo B2 (segundo os conceitos da NSF 49): Cabine dotada de filtro absoluto (HEPA) com eficiência da filtragem e exaustão do ar de 99,99% a 100%, velocidade média do ar (m/s) $0,45 \pm 10\%$, velocidade de entrada de ar pela janela frontal de 0,5-0,55 m/s. Todo ar que entra na cabine e o que é exaurido para o exterior passam previamente pelo filtro HEPA. Não há recirculação de fluxo de ar, a exaustão é total. A cabine tem pressão negativa em relação ao local onde está instalada, pela diferença entre o

insuflamento do ar no interior da cabine e sua exaustão (vazão 1500 m³/h e pressão de sucção de @35 m.m. c.a.).

Carcinogenicidade: capacidade que alguns agentes possuem de induzir ou causar câncer.

CCIH: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

CNEN: Comissão Nacional de Energia Nuclear.

Colimador: Dispositivo adicional a uma fonte de radiação que possibilita a limitação do campo de radiação e a melhoria das condições de imagem ou exposição, para obtenção do diagnóstico ou terapia, por meio do formato e dimensão do orifício que dá passagem a radiação.

Coleta externa: consiste na remoção dos resíduos dos serviços de saúde do abrigo de resíduos (armazenamento externo) até a unidade de tratamento ou disposição final, utilizando-se técnicas que garantam a preservação das condições de acondicionamento e a integridade dos trabalhadores, da população e do meio ambiente, devendo estar de acordo com as orientações dos órgãos de limpeza urbana.

Controle de vetores: são operações ou programas desenvolvidos com o objetivo de reduzir, eliminar ou controlar a ocorrência dos vetores em uma determinada área.

Culturas de células: crescimento *in vitro* de células derivadas de tecidos ou órgãos de organismos multicelulares em meio nutriente e em condições de esterilidade.

Decaimento de rejeitos radioativos: transformação espontânea pela qual a atividade de um material radioativo reduz com o tempo. Deste processo resulta a diminuição do número de átomos radioativos originais de uma amostra. O tempo para que a atividade se reduza à metade é chamado meia-vida radioativa.

Descontaminação: remoção de um contaminante químico, físico ou biológico.

Desinfecção: processo de eliminação ou destruição de microrganismos na forma vegetativa, independente de serem patogênicos ou não, presentes nos artigos e objetos inanimados. A desinfecção pode ser de baixo, médio ou alto nível. Pode ser feita através do uso de agentes físicos ou químicos.

Diafragma: dispositivo que permite o controle da abertura e dimensionamento do feixe de radiação ionizante.

Disposição Final: Consiste na disposição de resíduos no solo, previamente preparado para recebê-los, obedecendo a critérios técnicos de construção e operação, e com licenciamento ambiental de acordo com a Resolução CONAMA n.º 237/97.

Dosimetria citogenética: avaliação da dose de radiação absorvida através da contagem da frequência de aberrações cromossômicas em cultura de linfócitos do indivíduo irradiado. É principalmente utilizada para confirmar doses elevadas registradas em dosímetros individuais.

Dosímetro individual: Dispositivo usado junto a partes do corpo de um indivíduo, com o

objetivo de avaliar a dose efetiva ou a dose equivalente acumulada em um dado período. Construído de material tecido-equivalente com fator de calibração bem estabelecido e rastreado à rede nacional e internacional de metrologia, cujas características são regidas pelas Normas ISO 4037-1 e IEC 731. Também chamado de monitor individual.

Exposição Acidental: exposição involuntária e imprevisível decorrente de situação de acidente.

Exposição de emergência (Radiações Ionizantes): exposição deliberada por autoridade competente ocorrida durante o atendimento à situações de emergência, exclusivamente no interesse de:

- a) salvar vidas;
- b) prevenir a escalada de acidentes que possam acarretar mortes;
- c) salvar uma instalação de vital importância para o país.

Exposição de Rotina (Radiações Ionizantes): exposição de trabalhadores em condições normais de trabalho, em intervenções ou treinamento em práticas autorizadas.

Fluoroscopia: exame de um órgão por meio de uma imagem formada em um anteparo fluorescente com aplicação dos raios X.

Fonte de Radiação: equipamento ou material que emite ou é capaz de emitir radiação ionizante ou de liberar substâncias ou materiais radioativos.

Fontes de Exposição: pessoa, animal, objeto ou substância dos quais um agente biológico passa a um hospedeiro ou a reservatórios ambientais.

Fontes não seladas: são aquelas em que o material radioativo está sob forma sólida (pó), líquida ou mais raramente, gasosa, em recipientes que permitem o fracionamento do conteúdo em condições normais de uso.

Fontes seladas: materiais radioativos hermeticamente encapsulados de modo a evitar vazamentos e contato com o referido material, sob condições de aplicação específicas.

Genotoxicidade: capacidade que alguns agentes possuem de causar dano ao DNA de organismos a eles expostos. Quando são induzidas mutações, os agentes são chamados de mutagênicos.

Imunoglobulina: solução que contém anticorpos contra um ou mais agentes biológicos, empregada com o objetivo de conferir imunidade imediata e transitória.

Incidente: é um evento súbito e inesperado que interfira na atividade normal do trabalho sem dano ao trabalhador, à propriedade ou ao meio ambiente.

Incorporação: ação de determinado material radioativo no instante de sua admissão no corpo humano por ingestão, inalação ou penetração através da pele ou de ferimentos.

INMETRO: Instituto Nacional de Metrologia.

Instalação Radiativa: estabelecimento ou instalação onde se produzem, utilizam, transportam ou armazenam fontes de radiação. Excetuam-se desta definição:

- a) as instalações nucleares;
- b) os veículos transportadores de fontes de radiação quando estas não são partes integrantes dos mesmos.

Lavatório: peça sanitária destinada exclusivamente à lavagem de mãos.

Material Radioativo: material que contém substâncias ou elementos emissores de radiação ionizante.

Microrganismos: Formas de vida de dimensões microscópicas. Organismos visíveis individualmente apenas ao microscópio, que inclui bactérias, fungos, protozoários e vírus.

Microrganismos geneticamente modificados: são aqueles em que o material genético (DNA)

foi alterado por tecnologias da biotecnologia moderna, especialmente a tecnologia do DNA recombinante. A biotecnologia moderna abrange métodos artificiais de alteração do material genético, isto é, não envolvendo cruzamentos ou recombinações genéticas naturais.

Monitor de Contaminação: instrumento com capacidade para medir níveis de radiação em unidades estabelecidas pelos limites derivados de contaminação de superfície de acordo com a Norma CNEN NE- 3.01.

Monitor de Radiação: medidor de grandezas e parâmetros para fins de controle ou de avaliação da exposição à radiação presente em pessoas ou em superfícies de objetos, o qual possui a função de fornecer sinais de alerta ou alarme em condições específicas.

Monitoração Ambiental: medição contínua, periódica ou especial de grandezas radiológicas no meio ambiente, para fins de radioproteção.

Monitoração de Área: avaliação e controle das condições radiológicas das áreas de uma instalação, incluindo medição de grandezas relativas a:

- a) campos externos de radiação;
- b) contaminação de superfícies;
- c) contaminação atmosférica.

Monitoração Individual: Monitoração por meio de dosímetros individuais colocados sobre o corpo do indivíduo para fins de controle das exposições ocupacionais. A monitoração individual tem a função primária de avaliar a dose no indivíduo monitorado. Também pode ser utilizada para verificar a adequação do plano de proteção radiológica às atividades da instalação.

Monitoração Radiológica (ou simplesmente Monitoração): medição de grandezas relativas e parâmetros relativos à radioproteção, para fins de avaliação e controle das condições radiológicas das áreas de uma instalação ou do meio ambiente, de exposições ou de materiais radioativos e materiais nucleares, incluindo a interpretação de resultados.

Mutagenicidade: capacidade que alguns agentes possuem de induzir mutações em organismos a eles expostos. Mutações são alterações geralmente permanentes na sequência de nucleotídeos do DNA, podendo causar uma ou mais alterações fenotípicas. As mutações podem ter caráter hereditário.

NB: Norma Brasileira elaborada pela ABNT.

NBR: Norma Brasileira elaborada pela ABNT e registrada no INMETRO

Parasita: organismo que sobrevive e se desenvolve às expensas de um hospedeiro, podendo localizar-se no interior ou no exterior deste. Usualmente causa algum dano ao hospedeiro.

Patogenicidade: Capacidade de um agente biológico causar doença em um hospedeiro suscetível.

Perfurocortantes: que têm ponta ou gume, materiais utilizados para perfurar ou cortar.

Persistência do agente biológico no ambiente: capacidade do agente biológico de permanecer fora do hospedeiro, mantendo a possibilidade de causar doença.

Pia de lavagem (ou simplesmente pia): destinada preferencialmente à lavagem de utensílios podendo ser também usada para lavagem de mãos.

Plano de Proteção Radiológica: documento exigido para fins de licenciamento da instalação, que estabelece o sistema de radioproteção a ser implantado pelo serviço de radioproteção.

Princípio de Otimização: estabelece que o projeto, o planejamento do uso e a operação de instalação e de fontes de radiação devem ser feitos de modo a garantir que as operações sejam tão reduzidas quanto razoavelmente exequível, levando-se em consideração fatores sociais e econômicos.

Príons: Partículas protéicas infecciosas que não possuem ácidos nucléicos.

Programa de Garantia da Qualidade: Conjunto de ações sistemáticas e planejadas visando garantir a confiabilidade adequada quanto ao funcionamento de uma estrutura, sistema,

componentes ou procedimentos, de acordo com um padrão aprovado. Em radiodiagnóstico, estas ações devem resultar na produção continuada de imagens de alta qualidade com o mínimo de exposição para os pacientes e operadores.

Quimioterápicos Antineoplásicos: Medicamentos utilizados no tratamento e controle do câncer.

Radiação Ionizante (ou simplesmente Radiação): qualquer partícula ou radiação eletromagnética que, ao interagir com a matéria, ioniza direta ou indiretamente seus átomos ou moléculas.

Radiofármaco: substância radioativa cujas propriedades físicas, químicas e biológicas, fazem com que seja apropriada para uso em seres humanos.

Radionuclídeo: isótopo instável de um elemento que decai ou se desintegra espontaneamente, emitindo radiação.

Radioproteção: conjunto de medidas que visa proteger o ser humano, seus descendentes e o meio ambiente de possíveis efeitos indesejados causados pela radiação ionizante, de acordo com princípios básicos estabelecidos pela CNEN.

Radioterapia: aplicação médica da radiação ionizante para fins terapêuticos.

RDC: Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA

Recipiente de transporte: são os contenedores providos de rodas, destinados à coleta e transporte interno de resíduos de serviços de saúde.

Rejeito Radioativo: Qualquer material resultante de atividades humanas cuja reutilização seja imprópria ou não previsível e que contenha radionuclídeos em quantidades superiores aos limites de isenção estabelecidos na norma CNEN-NE-6.05, ou em outra que venha a substituí-la.

Reservatório: Pessoa, animal, objeto ou substância, em que um agente biológico pode persistir, manter sua viabilidade ou crescer e multiplicar-se, de modo a poder ser transmitido a um hospedeiro.

Resíduos de Serviços de Saúde: são todos aqueles resultantes de atividades exercidas nos serviços de saúde que, por suas características, necessitam de processos diferenciados em seu manejo, exigindo ou não tratamento prévio à sua disposição final.

Segregação: Consiste na separação dos resíduos no momento e no local de sua geração, de acordo com as características físicas, químicas, biológicas, o seu estado físico e os riscos envolvidos.

Serviço de Medicina Nuclear: instalação médica específica para aplicação de radiofármacos em pacientes, para propósitos terapêuticos e/ou diagnósticos.

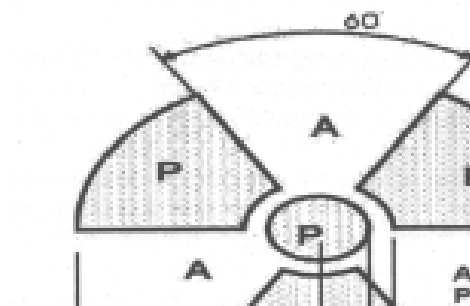
Serviço de Proteção Radiológica: entidade constituída especificamente com vistas à execução e manutenção do plano de radioproteção de uma instalação. Essa designação não tem caráter obrigatório, servindo simplesmente como referência.

Serviço de Radiodiagnóstico Médico: Estabelecimento, ou setor definido do estabelecimento ou instituição ou especialidade médica que emprega radiações ionizantes para fazer diagnóstico através de imagens radiológicas e/ou radiografias.

Serviço de Radiodiagnóstico Odontológico: Estabelecimento, ou setor definido do estabelecimento ou instituição ou especialidade odontológica que emprega radiações ionizantes para fazer diagnósticos através de imagens radiológicas e/ou radiografias. Nesta definição estão incluídos os consultórios odontológicos com equipamento de raios X diagnósticos.

Serviço de Radioterapia: instalação específica para aplicação médica da radiação ionizante para fins terapêuticos com utilização de fontes seladas ou feixes de radiação.

Símbolo Internacional da Radiação Ionizante: símbolo utilizado internacionalmente para indicar a presença de radiação ionizante. Deve ser acompanhado de um texto descrevendo o emprego da radiação ionizante.



Simuladores de fontes seladas: invólucros vazios, para enclausurar material radioativo, utilizados em treinamentos de braquiterapia.

Teratogenicidade: Propriedade de um agente químico, físico ou biológico de induzir desenvolvimento anormal, gestacionalmente ou na fase pós-natal, expressado pela letalidade, malformações, retardo do desenvolvimento ou aberração funcional.

Titular da Instalação Radiativa: Responsável legal pelo estabelecimento para o qual foi outorgada uma licença ou outro tipo de autorização.

Toxinas: substâncias químicas sintetizadas por organismos, que exercem efeitos biológicos adversos no ser humano.

Trabalhadores ocupacionalmente expostos às radiações ionizantes: trabalhador que, em consequência do seu trabalho a serviço da instalação radiativa, possa vir a receber, por ano, doses superiores aos limites primários para indivíduos do público, estabelecidos na Norma CNEN-NE 3.01 "Diretrizes Básicas de Radioproteção".

Trabalhador para-ocupacionalmente exposto às radiações ionizantes: trabalhador cujas atividades laborais não estão relacionadas diretamente às radiações ionizantes, mas que ocasionalmente também podem vir a receber doses superiores aos limites primários estabelecidos na Norma CNEN-NE 3.01 "Diretrizes Básicas de Radioproteção" para indivíduos do público.

Trabalhador Qualificado: aquele que comprove perante o empregador e a inspeção do trabalho uma das seguintes condições:

- a) capacitação na empresa, conforme o disposto na NR-32;
- b) capacitação mediante curso ministrado por instituições privadas ou públicas, desde que conduzido por profissional habilitado.

Transmissibilidade: capacidade de transmissão de um agente a um hospedeiro. O período de transmissibilidade corresponde ao intervalo de tempo durante o qual um organismo elimina um agente biológico para reservatórios ou para um hospedeiro.

Turbulência aérea: Alteração da uniformidade do fluxo de ar laminar unidirecional (no caso,

interior da Cabine de Segurança Biológica Classe II tipo B2).

Vacinação: processo visando obtenção de imunidade ativa e duradoura de um organismo. A imunidade ativa é a proteção conferida pela estimulação antigênica do sistema imunológico com o desenvolvimento de uma resposta humoral (produção de anticorpos) e celular.

Vetor: vetor é um organismo que transmite um agente biológico de uma fonte de exposição ou reservatório a um hospedeiro.

Vias de entrada: tecidos ou órgãos por onde um agente penetra em um organismo, podendo ocasionar uma doença. A entrada pode ser por via cutânea (por contato direto com a pele), percutânea (através da pele), parenteral (por inoculação intravenosa, intramuscular, subcutânea), por contato direto com as mucosas, por via respiratória (por inalação) e por via oral (por ingestão).

Vias de transmissão: percurso feito pelo agente biológico a partir da fonte de exposição até o hospedeiro. A transmissão pode ocorrer das seguintes formas:

1. Direta: transmissão do agente biológico, sem a intermediação de veículos ou vetores.
2. Indireta: transmissão do agente biológico por meio de veículos ou vetores.

Virulência: É o grau de patogenicidade de um agente infeccioso.

ADVERTÊNCIA

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União

**Ministério da Saúde**
Gabinete do Ministro

[CAPÍTULO I - DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE \(art. 2º ao art. 3º\)](#)

[CAPÍTULO II - DAS REDES DE SERVIÇO DE SAÚDE \(art. 4º\)](#)

[CAPÍTULO III - DAS REDES DE PESQUISA EM SAÚDE \(art. 5º\)](#)

[CAPÍTULO IV - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS \(art. 6º ao art. 7º\)](#)

ANEXOS

[Anexo I Diretrizes para Organização da Rede de Atenção à Saúde do SUS](#)

[Anexo II Rede Cegonha](#)

[TÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS \(art. 1º ao art. 10\)](#)

[TÍTULO II DAS DIRETRIZES PARA IMPLANTAÇÃO E HABILITAÇÃO DE CENTRO DE PARTO NORMAL \(CPN\) \(art. 11 ao art. 35\)](#)

[CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS \(art. 11 ao art. 13\)](#)

[CAPÍTULO II DA CONSTITUIÇÃO E HABILITAÇÃO COMO CPN NO ÂMBITO DA REDE CEGONHA \(art. 14 ao art. 20\)](#)

[Seção I Dos Requisitos de Constituição de CPN em Conformidade com a Rede Cegonha \(art. 14 ao art. 18\)](#)

[Seção II Da Habilitação como CPN no Âmbito da Rede Cegonha \(art. 19 ao art. 20\)](#)

[CAPÍTULO III DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO \(art. 21 ao art. 28\)](#)

[CAPÍTULO IV DAS DISPOSIÇÕES FINAIS \(art. 29 ao art. 35\)](#)

[TÍTULO III DAS DIRETRIZES DE ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE NA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO \(art. 36 ao art. 63\)](#)

[CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS \(art. 37 ao art. 39\)](#)

[CAPÍTULO II DO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO \(art. 40 ao art. 44\)](#)

[CAPÍTULO III DOS SERVIÇOS HOSPITALARES DE REFERÊNCIA À GESTAÇÃO DE ALTO RISCO \(art. 45 ao art. 51\)](#)

[Seção I Disposições Gerais \(art. 45\)](#)

[Seção II Da Habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência à Gestação de Alto Risco \(art. 46 ao art. 51\)](#)

[CAPÍTULO IV DA CASA DA GESTANTE, BEBÊ E PUERPERA \(CGBP\) \(art. 52 ao art. 58\)](#)

[CAPÍTULO V DAS DISPOSIÇÕES FINAIS \(art. 59 ao art. 62\)](#)

[TÍTULO IV DAS DIRETRIZES E OBJETIVOS PARA A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO INTEGRAL E HUMANIZADA AO RECÉM-NASCIDO GRAVE OU POTENCIALMENTE GRAVE E OS CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO E HABILITAÇÃO DE LEITOS DE UNIDADE NEONATAL NO ÂMBITO DO SUS \(art. 64 ao art. 91\)](#)

[CAPÍTULO I DAS DIRETRIZES E OBJETIVOS DA ATENÇÃO INTEGRAL E HUMANIZADA AO RECÉM-NASCIDO GRAVE OU POTENCIALMENTE GRAVE \(art. 66 ao art. 67\)](#)

[CAPÍTULO II DA ORGANIZAÇÃO DOS LEITOS DE UNIDADES NEONATAL \(art. 68 ao art. 88\)](#)

[Seção I Do Serviço de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal \(UTIN\) \(art. 73 ao art. 77\)](#)

[Subseção I Da UTIN Tipo II \(art. 76\)](#)

[Subseção II Da UTIN Tipo III \(art. 77\)](#)

[Seção II Do Serviço de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional \(UCINCo\) \(art. 78 ao art. 82\)](#)

[Seção III Do Serviço de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru \(UCINCa\) \(art. 83 ao art. 88\)](#)

[CAPÍTULO III DO PROCESSO DE HABILITAÇÃO \(art. 89\)](#)

[CAPÍTULO IV DAS DISPOSIÇÕES FINAIS \(art. 90 ao art. 91\)](#)

[TÍTULO V DO ACOMPANHAMENTO DURANTE O TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO \(art. 92\)](#)

[TÍTULO VI DA EXCLUSÃO DA CRÍTICA NO SIH/SUS PARA REGISTRO DE CESARIANAS DOS ESTADOS QUE NÃO FORMALIZARAM A ADESÃO AO PACTO PELA REDUÇÃO DA TAXA DE CESARIANA \(art. 93 ao art. 95\)](#)

[Anexo 1 do Anexo II MATRIZ DIAGNÓSTICA](#)

[Anexo 2 do Anexo II NOVOS EXAMES DE PRÉ-NATAL](#)

[Anexo 3 do Anexo II KIT PARA AS UBS](#)

[Anexo 4 do Anexo II KIT PARA AS GESTANTES](#)

[Anexo 5 do Anexo II KIT PARA AS PARTEIRAS TRADICIONAIS](#)

[Anexo 6 do Anexo II ESTRUTURA FÍSICA DO CENTRO DE PARTO NORMAL](#)

[Anexo 7 do Anexo II INDICADORES DO CENTRO DE PARTO NORMAL](#)

[Anexo 8 do Anexo II REQUISITOS COMPLEMENTARES PARA CONSTITUIÇÃO COMO CENTRO DE PARTO NORMAL](#)

[Anexo 9 do Anexo II INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE O PROCEDIMENTO DE PARTO NORMAL EM CENTRO DE PARTO NORMAL \(CPN\)](#)

[Anexo 10 do Anexo II TABELA COM CÁLCULO DO DIMENSIONAMENTO MÍNIMO DOS AMBIENTES](#)

[Anexo 11 do Anexo II ESTRUTURA DA CASA DA GESTANTE, BEBÊ E PUÉRPERA](#)

[Anexo 12 do Anexo II MATERIAL NECESSÁRIO PARA A REANIMAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO](#)

[Anexo III Rede de Atenção às Urgências e Emergências \(RUE\)](#)

[LIVRO I DAS DIRETRIZES DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS \(art. 2º ao art. 4º\)](#)

[LIVRO II DOS COMPONENTES DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E SEUS OBJETIVOS \(art. 5º ao art. 174\)](#)

[TÍTULO I DO COMPONENTE HOSPITALAR DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS NO ÂMBITO DO SUS \(art. 13 ao art. 38\)](#)

[CAPÍTULO I DOS OBJETIVOS E DIRETRIZES DO COMPONENTE HOSPITALAR DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS \(art. 14 ao art. 15\)](#)

[CAPÍTULO II DAS PORTAS DE ENTRADA HOSPITALARES DE URGÊNCIA \(art. 16 ao art. 17\)](#)

[CAPÍTULO III DOS LEITOS DE RETAGUARDA \(art. 18\)](#)

[CAPÍTULO IV DOS SISTEMAS ESTADUAIS DE REFERÊNCIA HOSPITALAR EM ATENDIMENTO DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS \(art. 19 ao art. 32\)](#)

[CAPÍTULO V DO PROGRAMA DE APOIO À IMPLANTAÇÃO DOS SISTEMAS ESTADUAIS DE REFERÊNCIA HOSPITALAR PARA ATENDIMENTO DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS \(art. 33 ao art. 34\)](#)

[CAPÍTULO VI DAS DISPOSIÇÕES FINAIS \(art. 35 ao art. 37\)](#)

[TÍTULO II DO COMPONENTE DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA \(SAMU 192\) \(art. 39 ao art. 62\)](#)

[CAPÍTULO I DAS DIRETRIZES PARA A IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA \(SAMU 192\) E SUA CENTRAL DE REGULAÇÃO DAS URGÊNCIAS. COMPONENTE DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS \(art. 39 ao art. 54\)](#)

[Seção I Das Definições \(art. 40\)](#)

[Seção II Da Composição do Componente SAMU 192 \(art. 41 ao art. 44\)](#)

[Subseção I Da Central de Regulação das Urgências \(art. 41 ao art. 42\)](#)

[Subseção II Das Bases Descentralizadas \(art. 43\)](#)

[Subseção III Das Unidades Móveis \(art. 44\)](#)

[Seção III Da Regionalização \(art. 45 ao art. 48\)](#)

[Seção IV Da Capacitação \(art. 49\)](#)

[Seção V Das Disposições Gerais \(art. 50 ao art. 54\)](#)

[CAPÍTULO II DAS ATRIBUIÇÕES DAS CENTRAIS DE REGULAÇÃO MÉDICA DE URGÊNCIAS E O DIMENSIONAMENTO TÉCNICO PARA A ESTRUTURAÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DAS CENTRAIS SAMU-192 \(art. 55 ao art. 56\)](#)

[CAPÍTULO III DO VEÍCULO MOTOCICLETA - MOTOLÂNCIA COMO INTEGRANTE DA FROTA DE INTERVENÇÃO DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA EM TODA A REDE SAMU 192 E DEFINE CRITÉRIOS TÉCNICOS PARA SUA UTILIZAÇÃO \(art. 57 ao art. 62\)](#)

[TÍTULO III DO COMPONENTE SALA DE ESTABILIZAÇÃO \(SE\) DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS \(art. 63 ao art. 69\)](#)

[TÍTULO IV DO COMPONENTE UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO \(UPA 24h\) E O CONJUNTO DE SERVIÇOS DE URGÊNCIA 24 HORAS \(art. 70 ao art. 93\)](#)

[CAPÍTULO I DAS DEFINIÇÕES \(art. 71\)](#)

[CAPÍTULO II DAS DIRETRIZES DA UPA 24h \(art. 72 ao art. 74\)](#)

[CAPÍTULO III DO MODELO DE ORGANIZAÇÃO ASSISTENCIAL DA UPA 24h \(art. 75\)](#)

[CAPÍTULO IV DAS INSTALAÇÕES FÍSICAS, EQUIPAMENTOS E RECURSOS HUMANOS DA UPA 24h \(art. 76 ao art. 81\)](#)

[CAPÍTULO V DA QUALIFICAÇÃO \(art. 82 ao art. 85\)](#)

[CAPÍTULO VI DO MONITORAMENTO \(art. 86 ao art. 92\)](#)

[CAPÍTULO VII DAS DISPOSIÇÕES FINAIS \(art. 93\)](#)

[TÍTULO V DA LINHA DE CUIDADO AO TRAUMA NA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE \(art. 94 ao art. 96\)](#)

[TÍTULO VI DOS CENTROS DE TRAUMA \(art. 97 ao art. 121\)](#)

[CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS \(art. 97 ao art. 101\)](#)

[CAPÍTULO II DA ORGANIZAÇÃO DOS CENTROS DE TRAUMA \(art. 102 ao art. 114\)](#)

[Seção I Do Centro de Trauma Tipo I \(art. 103 ao art. 106\)](#)

[Seção II Do Centro de Trauma Tipo II \(art. 107 ao art. 110\)](#)

[Seção III Do Centro de Trauma Tipo III \(art. 111 ao art. 114\)](#)

[CAPÍTULO III DO REQUERIMENTO DE HABILITAÇÃO \(art. 115 ao art. 118\)](#)

[CAPÍTULO IV DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO \(art. 119 ao art. 121\)](#)

[TÍTULO VII DOS CENTROS DE INFORMAÇÃO E ASSISTÊNCIA TOXICOLÓGICA \(CIATox\) \(art. 122 ao art. 127\)](#)

[TÍTULO VIII DA LINHA DE CUIDADOS EM AVC E DOS CRITÉRIOS DE HABILITAÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS HOSPITALARES COMO CENTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA AOS PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL \(AVC\), NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE \(SUS\) \(art. 128 ao art. 137\)](#)

[CAPÍTULO I DA HABILITAÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS HOSPITALARES COMO CENTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA AOS PACIENTES COM AVC NO ÂMBITO DO SUS \(art. 131 ao art. 134\)](#)

[CAPÍTULO II DAS DISPOSIÇÕES FINAIS \(art. 135 ao art. 137\)](#)

[TÍTULO IX DA LINHA DE CUIDADO DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO \(IAM\) E DO PROTOCOLO CLÍNICO SOBRE SÍNDROMES CORONARIANAS AGUDAS \(SCA\) \(art. 138 ao art. 143\)](#)

[TÍTULO X DO CUIDADO PROGRESSIVO AO PACIENTE CRÍTICO OU GRAVE \(art. 144 ao art. 148\)](#)

[TÍTULO XI DA ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS PROLONGADOS PARA RETAGUARDA À REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS \(RUE\) E DEMAIS REDES TEMÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE \(SUS\) \(art. 149 ao art. 174\)](#)

[CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS SOBRE CUIDADOS PROLONGADOS NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE \(art. 151 ao art. 155\)](#)

[CAPÍTULO II DA ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS PROLONGADOS NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE \(art. 156 ao art. 165\)](#)

[Seção I Da Equipe Multidisciplinar \(art. 158 ao art. 161\)](#)

[Seção II Da Regulação do Acesso \(art. 162 ao art. 163\)](#)

[Seção III Da Elegibilidade do Usuário aos Cuidados Prolongados na Rede de Atenção à Saúde \(art. 164 ao art. 165\)](#)

[CAPÍTULO III DA ALTA HOSPITALAR RESPONSÁVEL \(art. 166 ao art. 167\)](#)

[CAPÍTULO IV DOS PARÂMETROS PARA O CÁLCULO DE LEITOS \(art. 168\)](#)

[CAPÍTULO V DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO \(art. 169\)](#)

[CAPÍTULO VI DAS DISPOSIÇÕES FINAIS \(art. 170 ao art. 174\)](#)

[LIVRO III DA OPERACIONALIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS \(art. 175\)](#)

[LIVRO IV DAS DISPOSIÇÕES FINAIS \(art. 176 ao art. 179\)](#)

[Anexo 1 do Anexo III LISTA DOS PROCEDIMENTOS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR DE EMERGÊNCIA](#)

[Anexo 2 do Anexo III TIPOLOGIA DOS HOSPITAIS DA REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E PROPOSTA DE INCENTIVO FINANCEIRO](#)

[Anexo 3 do Anexo III QUANTITATIVOS MÍNIMOS DE PROFISSIONAIS DA SALA DE REGULAÇÃO MÉDICA](#)

[Anexo 4 do Anexo III A REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS](#)

[Anexo 5 do Anexo III PADRONIZAÇÃO VISUAL E GRAFISMO DO CAPACETE](#)

[Anexo 6 do Anexo III PADRONIZAÇÃO VISUAL E GRAFISMO DA MOTOCICLETA](#)

[Anexo 7 do Anexo III ORIENTAÇÃO TÉCNICA QUANTO AO EMPREGO DAS MOTOCICLETAS](#)

[Anexo 8 do Anexo III ÁREA FÍSICA, INFRAESTRUTURA FÍSICA, MOBILIÁRIO, MATERIAIS E EQUIPAMENTOS MÍNIMOS PARA SALA DE ESTABILIZAÇÃO \(SE\)](#)

[Anexo 9 do Anexo III REQUISITOS MÍNIMOS PARA POPULAÇÃO DE COBERTURA, ÁREA FÍSICA, EQUIPE E LEITOS DE SALA DE ESTABILIZAÇÃO \(SE\) DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS](#)

[Anexo 10 do Anexo III DEFINIÇÃO DO NÚMERO DE LEITOS APLICÁVEL ÀS UPA 24H NOVAS E AMPLIADAS](#)

[Anexo 11 do Anexo III DEFINIÇÃO DOS VALORES DE INVESTIMENTO APLICÁVEIS ÀS UPA 24H NOVAS E AMPLIADAS](#)

[Anexo 12 do Anexo III PROCEDIMENTOS A SEREM REGISTRADOS NO FORMATO BOLETIM DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL INDIVIDUALIZADO - BPA - I](#)

[Anexo 13 do Anexo III FORMULÁRIO PARA VISTORIA DO GESTOR - NORMAS DE CLASSIFICAÇÃO E HABILITAÇÃO DE CENTRO DE TRAUMA TIPO I AOS PACIENTES COM TRAUMA](#)

[Anexo 14 do Anexo III FORMULÁRIO PARA VISTORIA DO GESTOR - NORMAS DE CLASSIFICAÇÃO E HABILITAÇÃO DE CENTRO DE TRAUMA TIPO II AOS PACIENTES COM TRAUMA](#)

[Anexo 15 do Anexo III FORMULÁRIO PARA VISTORIA DO GESTOR NORMAS DE HABILITAÇÃO DE CENTRO DE TRAUMA TIPO III AOS PACIENTES COM TRAUMA \(DEVE SER PREENCHIDO E ASSINADO PELO GESTOR\)](#)

[Anexo 16 do Anexo III MODELO TERMO DE COMPROMISSO](#)

[Anexo 17 do Anexo III LISTA DE CENTROS DE INFORMAÇÃO E ASSISTÊNCIA TOXICOLÓGICA \(CIATOX\)](#)

[Anexo 18 do Anexo III FORMULÁRIO PARA VISTORIA DO GESTOR - NORMAS DE CLASSIFICAÇÃO E HABILITAÇÃO DE CENTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA TIPO I AOS PACIENTES COM AVC](#)

[Anexo 19 do Anexo III FORMULÁRIO PARA VISTORIA DO GESTOR - NORMAS DE CLASSIFICAÇÃO E HABILITAÇÃO DE CENTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA TIPO II AOS PACIENTES COM AVC](#)

[Anexo 20 do Anexo III FORMULÁRIO PARA VISTORIA DO GESTOR - NORMAS DE CLASSIFICAÇÃO E HABILITAÇÃO DE CENTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA TIPO III AOS PACIENTES COM AVC](#)

[Anexo 21 do Anexo III MODELO TERMO DE COMPROMISSO](#)

[Anexo 22 do Anexo III SALA MULTIUSO PARA REABILITAÇÃO](#)

[Anexo 23 do Anexo III CRITÉRIOS PARA A ADEQUAÇÃO DE UMA UNIDADE DE SAÚDE EM HOSPITAL ESPECIALIZADO EM CUIDADOS PROLONGADOS - HCP](#)

[Anexo IV Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas](#)

[CAPÍTULO I DAS DIRETRIZES DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS \(art. 2º ao art. 26\)](#)

[Seção I Das Disposições Gerais \(art. 2º ao art. 5º\)](#)

[Seção II Das Competências das Esferas de Gestão \(art. 6º ao art. 10\)](#)

[Seção III Dos Componentes \(art. 11 ao art. 22\)](#)

[Seção IV Das Linhas de Cuidado \(art. 23 ao art. 25\)](#)

[Seção V Das Disposições Finais \(art. 26\)](#)

[CAPÍTULO II DAS DIRETRIZES PARA A ORGANIZAÇÃO DA PREVENÇÃO E DO TRATAMENTO DO SOBREPESO E OBESIDADE NO ÂMBITO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS \(art. 27 ao art. 58\)](#)

[Seção I Do Regulamento Técnico, Normas e Critérios para o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade \(art. 37 ao art. 58\)](#)

[CAPÍTULO III DA ORGANIZAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO DA PESSOA COM DOENÇA RENAL CRÔNICA \(DRC\) NO ÂMBITO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS \(art. 59 ao art. 97\)](#)

[Seção I Das Disposições Gerais \(art. 59 ao art. 60\)](#)

[Seção II Das Diretrizes e Critérios para a Organização da Linha de Cuidado à Pessoa com DRC \(art. 61 ao art. 65\)](#)

[Seção III Das Tipologias e Atribuições das Unidades de Atenção Especializada Ambulatorial em DRC \(art. 66 ao art. 71\)](#)

[Seção IV Da Adesão e Habilitação para Integrar a Linha de Cuidado da Pessoa com DRC \(art. 72 ao art. 76\)](#)

[Seção V Da Composição das Equipes \(art. 77 ao art. 89\)](#)

[Seção VI Do Monitoramento e Avaliação \(art. 90 ao art. 95\)](#)

[Seção VII Das Disposições Finais \(art. 96 ao art. 97\)](#)

[CAPÍTULO IV DAS DIRETRIZES DE CUIDADO À PESSOA TABAGISTA NO ÂMBITO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS DO SUS \(art. 98 ao art. 110\)](#)

[CAPÍTULO V DAS DIRETRIZES DE CUIDADO E PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E DO CÂNCER DE MAMA NO ÂMBITO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS \(art. 111 ao art. 150\)](#)

[Seção I DO SERVIÇO DE REFERÊNCIA PARA DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE LESÕES PRECURSORAS DO CÂNCER DO COLO DE ÚTERO \(SRC\). O SERVIÇO DE REFERÊNCIA PARA DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA \(SDM\) \(art. 111 ao art. 121\)](#)

[Seção II Da Qualificação Nacional em Citopatologia na Prevenção do Câncer do Colo do Útero \(QualiCito\) no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas \(art. 122 ao art. 150\)](#)

[Subseção I Das Disposições Gerais \(art. 122 ao art. 125\)](#)

[Subseção II Das Atribuições dos Componentes da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas Específicas no Âmbito da QualiCito \(art. 126 ao art. 127\)](#)

[Subseção III Da Classificação dos Laboratórios no Âmbito da QualiCito \(art. 128 ao art. 129\)](#)

[Subseção IV Das Competências dos Entes Federados \(art. 130 ao art. 134\)](#)

[Subseção V Dos Critérios para Contratação de Laboratórios Tipo I e II \(art. 135 ao art. 136\)](#)

[Subseção VI Da Habilitação dos Laboratórios Tipo I e II \(art. 137 ao art. 139\)](#)

[Subseção VII Dos Critérios de Avaliação da Qualidade \(art. 140 ao art. 142\)](#)

[Subseção VIII Das Atribuições Comuns dos Laboratórios Tipos I e II \(art. 143 ao art. 144\)](#)

[Subseção IX Das Atribuições Específicas dos Laboratórios Tipos I e Tipo II que também Exercem a Função de Tipo I \(art. 145 ao art. 146\)](#)

[Subseção X Do Financiamento \(art. 147 ao art. 148\)](#)

[Subseção XI Das Disposições Finais \(art. 149 ao art. 150\)](#)

[Anexo 1 do Anexo IV DIRETRIZES GERAIS PARA O TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE](#)

[Anexo 2 do Anexo IV ROTEIRO PARA DESCRIÇÃO DA LINHA DE CUIDADO DE SOBREPESO E OBESIDADE DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS](#)

[Anexo 3 do Anexo IV DIRETRIZES GERAIS PARA O TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE E ACOMPANHAMENTO PRÉ E PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA](#)

[Anexo 4 do Anexo IV NORMAS DE CREDENCIAMENTO/HABILITAÇÃO PARA A ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE AO INDIVÍDUO COM OBESIDADE](#)

[Anexo 5 do Anexo IV PROCEDIMENTOS PARA O TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE NA TABELA DE PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS E OPM DO SUS](#)

[Anexo 6 do Anexo IV INDICADORES DE QUALIDADE](#)

[Anexo 7 do Anexo IV SERVIÇO ESPECIALIZADO 130 - ATENÇÃO À DOENÇA RENAL CRÔNICA](#)

[Anexo 8 do Anexo IV AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO](#)

[Anexo 9 do Anexo IV CONTROLE DE QUALIDADE DO EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO VAGINAL](#)

[Anexo 10 do Anexo IV EXAME DO CITOPATOLÓGICO CERVICO VAGINAL/MICROFLORA - RASTREAMENTO](#)

[Anexo 11 do Anexo IV EXAME DO CITOPATOLÓGICO CERVICO VAGINAL/MICROFLORA](#)

[Anexo V Rede de Atenção Psicossocial \(RAPS\)](#)

[TÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS \(art. 2º ao art. 19\)](#)

[CAPÍTULO I DO COMITÊ DE MOBILIZAÇÃO SOCIAL PARA A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL \(art. 18 ao art. 19\)](#)

[TÍTULO II DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL \(art. 20 ao art. 50\)](#)

[CAPÍTULO I DAS MODALIDADES DE SERVIÇOS DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL \(art. 20 ao art. 26\)](#)

[CAPÍTULO II DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS 24 HORAS \(CAPS AD III\) \(art. 27 ao art. 50\)](#)

[Seção I Das Disposições Gerais \(art. 27 ao art. 30\)](#)

[Seção II Do Funcionamento \(art. 31 ao art. 34\)](#)

[Subseção I Da Atenção Integral ao Usuário \(art. 32\)](#)

[Subseção II Da Equipe Mínima \(art. 33\)](#)

[Subseção III Da Estrutura Física Mínima \(art. 34\)](#)

[Seção III Da Implantação e da Tipologia \(art. 35 ao art. 37\)](#)

[Seção IV Da Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Alcool e Outras Drogas, no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial \(art. 38 ao art. 50\)](#)

[TÍTULO III DAS NORMAS DE FUNCIONAMENTO E HABILITAÇÃO DO SERVIÇO HOSPITALAR DE REFERÊNCIA PARA ATENÇÃO A PESSOAS COM SOFRIMENTO OU TRANSTORNO MENTAL E COM NECESSIDADES DE SAÚDE DECORRENTES DO USO DE ÁLCOOL, CRACK E OUTRAS DROGAS, DO COMPONENTE HOSPITALAR DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL \(art. 51 ao art. 63\)](#)

[CAPÍTULO I DO SERVIÇO HOSPITALAR DE REFERÊNCIA PARA ATENÇÃO A PESSOAS COM SOFRIMENTO OU TRANSTORNO MENTAL E COM NECESSIDADES DE SAÚDE DECORRENTES DO USO DE ÁLCOOL, CRACK E OUTRAS DROGAS \(art. 52 ao art. 57\)](#)

[Seção I Das Diretrizes \(art. 52 ao art. 54\)](#)

[Seção II Da Estrutura Física \(art. 55 ao art. 56\)](#)

[Seção III Da Equipe Técnica Multiprofissional \(art. 57\)](#)

[CAPÍTULO II DA IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO HOSPITALAR DE REFERÊNCIA PARA ATENÇÃO A PESSOAS COM SOFRIMENTO OU TRANSTORNO MENTAL E COM NECESSIDADES DE SAÚDE DECORRENTES DO USO DE ÁLCOOL, CRACK E OUTRAS DROGAS \(art. 58 ao art. 61\)](#)

[CAPÍTULO III DO ACOMPANHAMENTO \(art. 62 ao art. 63\)](#)

[TÍTULO IV DO CONTROLE DAS INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS INVOLUNTÁRIAS \(IPI\) E VOLUNTÁRIAS \(IPV\) \(art. 64 ao art. 76\)](#)

[TÍTULO V DOS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS EM SAÚDE MENTAL PARA O ATENDIMENTO AO PORTADOR DE TRANSTORNOS MENTAIS \(art. 77 ao art. 91\)](#)

[TÍTULO VI DA ESTRATÉGIA NACIONAL DE AVALIAÇÃO, MONITORAMENTO, SUPERVISÃO E APOIO TÉCNICO AOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E OUTROS SERVIÇOS DA REDE](#)

[PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL DO SUS \(art. 92 ao art. 94\)](#)[Anexo 1 do Anexo V MATRIZ DIAGNÓSTICA DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL](#)[Anexo 2 do Anexo V FÓRMULA PARA DEFINIÇÃO DO NÚMERO DE CRIANÇAS, ADOLESCENTES E JOVENS EM RISCO PARA USO DE DROGAS:](#)[Anexo 3 do Anexo V FORMULÁRIOS](#)[Anexo 4 do Anexo V DIRETRIZES DE FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS](#)[Anexo 5 do Anexo V REPASSE DE INCENTIVO FINANCEIRO PARA IMPLANTAÇÃO E/OU IMPLEMENTAÇÃO DE SRTS TIPO I E II](#)[Anexo 6 do Anexo V TABELA 1](#)[Anexo 7 do Anexo V TABELAS 2 E 3](#)[Anexo 8 do Anexo V CADASTRAMENTO PARA REPASSE DE RECURSO FINANCEIRO DE CUSTEIO MENSAL DE SRT TIPO I](#)[Anexo 9 do Anexo V CADASTRO NACIONAL DOS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICO](#)[Anexo VI Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência](#)[CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS \(art. 2º ao art. 10\)](#)[CAPÍTULO II DOS COMPONENTES DA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA \(art. 11 ao art. 24\)](#)[Seção I Do Componente Atenção Básica na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência \(art. 12 ao art. 13\)](#)[Seção II Do Componente Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências \(art. 14 ao art. 21\)](#)[Subseção I Dos Estabelecimentos de Saúde Habilitados em Apenas Um Serviço de Reabilitação \(art. 18\)](#)[Subseção II Dos Centros Especializados em Reabilitação \(CER\) \(art. 19\)](#)[Subseção III Do Centro de Especialidade Odontológica \(CEO\) \(art. 20 ao art. 21\)](#)[Seção III Do Componente da Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência \(art. 22 ao art. 24\)](#)[CAPÍTULO III DA CLASSIFICAÇÃO DOS CENTROS DE REABILITAÇÃO \(CER\) \(art. 25\)](#)[CAPÍTULO IV DA CÂMARA TÉCNICA DE APOIO ÀS AÇÕES DA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO ÂMBITO DO SUS \(art. 26 ao art. 31\)](#)[CAPÍTULO V DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE AUDITIVA \(art. 32 ao art. 58\)](#)[Seção I Dos Serviços de Atenção à Saúde Auditiva \(art. 32 ao art. 33\)](#)[Seção II Das Diretrizes Gerais para a Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva no SUS \(art. 34 ao art. 58\)](#)[Subseção I Das Disposições Gerais \(art. 34 ao art. 35\)](#)[Subseção II Dos Critérios para Habilitação à Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva \(art. 36 ao art. 38\)](#)[Subseção III Das Condições Técnicas dos Estabelecimentos de Saúde Habilitados à Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva \(art. 39 ao art. 47\)](#)[Subseção IV Do Monitoramento e Avaliação \(art. 48 ao art. 51\)](#)[Subseção V Das Disposições Finais \(art. 52 ao art. 58\)](#)[Anexo 1 do Anexo VI PROGRAMA MÍNIMO PARA CER](#)[Anexo 2 do Anexo VI LIMITES FÍSICOS DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE AUDITIVA](#)[Anexo 3 do Anexo VI FORMULÁRIO DE VISTORIA DO GESTOR PARA HABILITAÇÃO DO ESTABELECIMENTO EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA](#)[Anexo 4 do Anexo VI DIRETRIZES PARA A ATENÇÃO ESPECIALIZADA ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA NO SUS](#)[Anexo VII Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso](#)[Anexo 1 do Anexo VII QUANTITATIVO DE CENTROS DE REFERÊNCIA POR ESTADO](#)[Anexo VIII Redes Estaduais de Assistência a Queimados](#)[Anexo 1 do Anexo VIII QUANTITATIVO MÁXIMO DE CENTROS DE REFERÊNCIA EM ASSISTÊNCIA A QUEIMADOS POR ESTADO DA FEDERAÇÃO](#)[Anexo 2 do Anexo VIII NORMAS PARA CADASTRAMENTO DE CENTROS DE REFERÊNCIA EM ASSISTÊNCIA A QUEIMADOS](#)[Anexo 3 do Anexo VIII RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DE CENTRO DE ALTA COMPLEXIDADE EM ASSISTÊNCIA A QUEIMADOS](#)[Anexo 4 do Anexo VIII RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DE CENTRO DE REFERÊNCIA EM ASSISTÊNCIA A QUEIMADOS](#)

[Anexo IX Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde](#)

[Anexo X Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador \(RENAST\)](#)

[CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS \(art. 1º ao art. 13\)](#)

[CAPÍTULO II DAS DISPOSIÇÕES ESPECÍFICAS \(art. 14 ao art. 30\)](#)

[Anexo 1 do Anexo X DIRETRIZES PARA A ELABORAÇÃO DO PLANO ESTADUAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR](#)

[Anexo 2 do Anexo X ATRIBUIÇÕES E AÇÕES DESENVOLVIDAS PELOS CENTROS DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR](#)

[Anexo 3 do Anexo X TABELAS DE DISTRIBUIÇÃO DOS CENTROS DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR](#)

[Anexo 4 do Anexo X DISTRIBUIÇÃO DOS CENTROS DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR](#)

[Anexo 5 do Anexo X FUNÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NA GESTÃO DA RENAST](#)

[Anexo 6 do Anexo X FUNÇÕES DAS SECRETARIAS DE SAÚDE ESTADUAIS E DO DISTRITO FEDERAL NA GESTÃO DA RENAST](#)

[Anexo 7 do Anexo X FUNÇÕES DAS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE NA GESTÃO DA RENAST](#)

[Anexo 8 do Anexo X DISTRIBUIÇÃO DOS CENTROS DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR](#)

[Anexo XI Rede Brasileira de Centros e Serviços de Informação sobre Medicamentos \(REBRACIM\)](#)

[CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS \(art. 1º ao art. 4º\)](#)

[CAPÍTULO II DA COMPOSIÇÃO E ORGANIZAÇÃO \(art. 5º ao art. 12\)](#)

[Seção I Do Comitê Gestor \(art. 7º ao art. 10\)](#)

[Seção II Dos Grupos Executivos \(art. 11\)](#)

[Seção III Da Secretaria Técnica \(art. 12\)](#)

[CAPÍTULO III DAS DISPOSIÇÕES FINAIS \(art. 13 ao art. 17\)](#)

[Anexo 1 do Anexo XI INSTITUIÇÕES INTEGRANTES DA REDE BRASILEIRA DE CENTROS E SERVIÇOS DE INFORMAÇÃO SOBRE MEDICAMENTOS \(REBRACIM\)](#)

[Anexo XII Rede de Escolas Técnicas e Centros Formadores vinculados às instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde \(RETSUS\)](#)

[Anexo 1 do Anexo XII QUADRO DAS ESCOLAS TÉCNICAS E CENTROS FORMADORES DO SUS](#)

[Anexo XIII Rede de Ensino para a Gestão Estratégica do Sistema Único de Saúde \(REGESUS\)](#)

[Anexo XIV Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde \(REBRATS\)](#)

[CAPÍTULO I DA NATUREZA E OBJETIVOS \(art. 2º ao art. 4º\)](#)

[CAPÍTULO II DA COMPOSIÇÃO E ORGANIZAÇÃO \(art. 5º ao art. 13\)](#)

[Seção I Do Comitê Executivo \(art. 8º ao art. 12\)](#)

[Seção II Dos Grupos de Trabalho \(art. 13\)](#)

[CAPÍTULO III DAS DISPOSIÇÕES GERAIS \(art. 14 ao art. 15\)](#)

[Anexo 1 do Anexo XIV INSTITUIÇÕES-MEMBRO DA REDE BRASILEIRA DE AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE - REBRATS](#)

[Anexo XV Redes Nacionais de Pesquisa em Saúde \(RNPS\)](#)

[Anexo XVI Rede Nacional de Pesquisa sobre Política de Saúde \(RNPPS\)](#)

[Anexo XVII Rede Nacional de Pesquisa Clínica \(RNPC\) em Hospitais de Ensino](#)

[Anexo 1 do Anexo XVII INSTITUIÇÕES PERTENCENTES À REDE NACIONAL DE PESQUISA CLÍNICA](#)

[Anexo XVIII Rede Nacional de Pesquisa Clínica em Câncer \(RNPC\)](#)

[Anexo XIX Rede Nacional de Pesquisa em Doenças Cardiovasculares \(RNPDC\)](#)

[Anexo XX Rede Nacional de Terapia Celular \(RNTC\)](#)

[Anexo XXI Rede Nacional de Pesquisas em Doenças Negligenciadas \(RNPND\)](#)

[Anexo XXII Rede Nacional de Pesquisas em Acidente Vascular Cerebral \(RNPAVC\)](#)

[Anexo XXIII Rede Nacional de Especialistas em Zika e Doenças Correlatas \(RENEZIKA\)](#)

[Anexo XXIV Rede Interagencial de Informações para a Saúde \(RIPSA\)](#)

[CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS \(art. 1º ao art. 6º\)](#)

[CAPÍTULO II DO COMITÊ GESTOR DO INQUÉRITO NACIONAL DE SAÚDE \(INS\) \(art. 7º ao art. 11\)](#)

[Anexo XXV Políticas Informadas por Evidências \(EVIDENCE-INFORMED POLICY NETWORK – EVIPNET\)](#)

[Voltar ao início do Sumário](#)

PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 3, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017

Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde.

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

Art. 1º As redes temáticas de atenção à saúde, as redes de serviço de saúde e as redes de pesquisa em saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) obedecerão ao disposto nesta Portaria.

CAPÍTULO I **DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**

Art. 2º As diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS obedecerão ao disposto no Anexo I. (Origem: PRT MS/GM 4279/2010, Art. 1º)

Art. 3º São Redes Temáticas de Atenção à Saúde:

- I - Rede Cegonha, na forma do Anexo II;
- II - Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), na forma do Anexo III;
- III - Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, na forma do Anexo IV;
- IV - Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), na forma do Anexo V;
- V - Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, na forma do Anexo VI;

CAPÍTULO II **DAS REDES DE SERVIÇO DE SAÚDE**

Art. 4º São Redes de Serviço de Saúde:

- I - Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, na forma do Anexo VII;
- II - Redes Estaduais de Assistência a Queimados, na forma do Anexo VIII.
- III - Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, na forma do Anexo IX;
- IV - Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), na forma do Anexo X;
- V - Rede Brasileira de Centros e Serviços de Informação sobre Medicamentos (REBRACIM), na forma do Anexo XI;
- VI - Rede de Escolas Técnicas e Centros Formadores vinculados às instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (RETSUS), na forma do Anexo XII;
- VII - Rede de Ensino para a Gestão Estratégica do Sistema Único de Saúde (REGESUS), na forma do Anexo XIII;
- VIII - Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS), na forma do Anexo XIV.
- IX - Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (Renaveh). ([Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.694 de 23.07.2021](#))
- X - Rede Nacional de Vigilância, Alerta e Resposta às Emergências em Saúde Pública do Sistema Único de Saúde (Rede VIGIAR-SUS) na forma do Anexo XXVII. ([Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.802 de 03.08.2021](#))

CAPÍTULO III **DAS REDES DE PESQUISA EM SAÚDE**

Art. 5º São Redes de Pesquisa em Saúde:

- I - Redes Nacionais de Pesquisa em Saúde (RNPS), na forma do Anexo XV;
- II - Rede Nacional de Pesquisa sobre Política de Saúde (RNPPS), na forma do Anexo XVI;
- III - Rede Nacional de Pesquisa Clínica (RNPC) em Hospitais de Ensino, na forma do Anexo XVII;
- IV - Rede Nacional de Pesquisa Clínica em Câncer (RNPCC), na forma do Anexo XVIII;
- V - Rede Nacional de Pesquisa em Doenças Cardiovasculares (RNPDC), na forma do Anexo XIX;
- VI - Rede Nacional de Terapia Celular (RNTC), na forma do Anexo XX;
- VII - Rede Nacional de Pesquisas em Doenças Negligenciadas (RNPND), na forma do Anexo XXI;
- VIII - Rede Nacional de Pesquisas em Acidente Vascular Cerebral (RNPAVC), na forma do Anexo XXII;
- IX - Rede Nacional de Especialistas em Zika e Doenças Correlatas (RENEZIKA), na forma do Anexo XXIII;
- X - Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), na forma do Anexo XXIV;
- XI - Políticas Informadas por Evidências (EVIDENCE-INFORMED POLICY NETWORK – EVIPNET), na forma do Anexo XXV.

CAPÍTULO IV **DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

Art. 6º Ficam revogadas, por consolidação, as seguintes normas:

- I - Portaria nº 4279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 31 de dezembro de 2010, p. 88;
- II - arts. 1º a 9º e 12 da Portaria nº 1459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 27 de junho de 2011, p. 109;
- III - arts. 1º a 10, 41 a 49, 51 a 56 da Portaria nº 11/GM/MS, de 7 de janeiro de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 8 de janeiro de 2015, p. 30;
- IV - arts. 1º a 23, 34, 37 a 39 da Portaria nº 1020/GM/MS, de 29 de maio de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 31 de maio de 2013, p. 72;
- V - Portaria nº 1481/GM/MS, de 13 de junho de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 14 de junho de 2017, p. 75;
- VI - Portaria nº 930/GM/MS, de 10 de maio de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 11 de maio de 2012, p. 138;
- VII - Portaria nº 2418/GM/MS, de 2 de dezembro de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 6 de dezembro de 2005, p. 32;
- VIII - Portaria nº 1084/GM/MS, de 28 de abril de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 2 de maio de 2017, p. 52;

IX - Portaria nº 1600/GM/MS, de 7 de julho de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 8 de julho de 2011, p. 69;

X - arts. 2º a 6º, 11, 27 a 29 e 1º da Portaria nº 2395/GM/MS, de 11 de outubro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 13 de outubro de 2011, p. 79;

XI - Portaria nº 479/GM/MS, de 15 de abril de 1999, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 16 de abril de 1999, p. 79;

XII - Portaria nº 2923/GM/MS, de 9 de junho de 1998, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 15 de junho de 1998, p. 44;

XIII - arts. 1º a 11, 42 a 46 da Portaria nº 1010/GM/MS, de 21 de maio de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 22 de maio de 2012, p. 87;

XIV - Portaria nº 2657/GM/MS, de 16 de dezembro de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 17 de dezembro de 2004, p. 76;

XV - arts. 1º, 2º, 4º, 5º, 9º e 10 da Portaria nº 2971/GM/MS, de 8 de dezembro de 2008, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 9 de dezembro de 2008, p. 69;

XVI - arts. 1º a 6º e 12 da Portaria nº 2338/GM/MS, de 3 de outubro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 4 de outubro de 2011, p. 28;

XVII - arts. 1º a 12, 29 a 31, 33, 37 a 40, 42 a 45 da Portaria nº 10/GM/MS, de 3 de janeiro de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 4 de janeiro de 2017, p. 34;

XVIII - Portaria nº 1365/GM/MS, de 8 de julho de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 12 de julho de 2013, p. 166;

XIX - arts. 1º a 5º, 7º a 23, 28 a 30 da Portaria nº 1366/GM/MS, de 8 de julho de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 12 de julho de 2013, p. 166;

XX - Portaria nº 1678/GM/MS, de 6 de outubro de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 6 de outubro de 2015, p. 55;

XXI - arts. 1º, 3º a 8º, 13, 14 e 16 da Portaria nº 665/GM/MS, de 12 de abril de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 13 de abril de 2012, p. 35;

XXII - arts. 1º a 5º e 10 da Portaria nº 2994/GM/MS, de 13 de dezembro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 16 de dezembro de 2011, p. 118;

XXIII - Portaria nº 895/GM/MS, de 31 de março de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 3 de março de 2017, p. 78;

XXIV - arts. 1º a 20, 37, 39 a 42 e 45 da Portaria nº 2809/GM/MS, de 7 de dezembro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 10 de dezembro de 2012, p. 36;

XXV - Portaria nº 905/GM/MS, de 16 de agosto de 2000, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 18 de agosto de 2000, p. 119;

XXVI - Portaria nº 483/GM/MS, de 1 de abril de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 2 de abril de 2014, p. 50;

XXVII - Portaria nº 424/GM/MS, de 19 de março de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 20 de março de 2013, p. 23;

XXVIII - Portaria nº 62/GM/MS, de 6 de janeiro de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 9 de janeiro de 2017, p. 31;

XXIX - arts. 1º a 5º, 8º a 23 e 25 da Portaria nº 425/GM/MS, de 19 de março de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 20 de março de 2013, p. 25;

XXX - arts. 1º a 31, 34 a 39, 48 e 49 da Portaria nº 389/GM/MS, de 13 de março de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 14 de março de 2014, p. 34;

XXXI - Portaria nº 571/GM/MS, de 5 de abril de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 8 de abril de 2013, p. 56;

XXXII - arts. 1º a 6º, 16 a 19 e 21 da Portaria nº 189/GM/MS, de 31 de janeiro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 3 de fevereiro de 2014, p. 31;

XXXIII - arts. 1º a 25, 29, 32, 35 e 36-A da Portaria nº 3388/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 31 de dezembro de 2013, p. 42;

XXXIV - Portaria nº 3088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 26 de dezembro de 2011, p. 230;

XXXV - Portaria nº 1306/GM/MS, de 27 de junho de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 28 de junho de 2012, p. 196;

XXXVI - arts. 1º a 6º e 9º da Portaria nº 336/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2002, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 20 de fevereiro de 2002, p. 22;

XXXVII - arts. 1º a 11 da Portaria nº 130/GM/MS, de 26 de janeiro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 27 de janeiro de 2012, p. 39;

XXXVIII - arts. 1º a 12 e 17 da Portaria nº 121/GM/MS, de 25 de janeiro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 26 de janeiro de 2012, p. 45;

XXXIX - Portaria nº 148/GM/MS, de 31 de janeiro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 1 de fevereiro de 2012, p. 33;

XL - Portaria nº 2391/GM/MS, de 26 de dezembro de 2002, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 27 de dezembro de 2002, p. 349;

XLI - Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 14 de fevereiro de 2000, p. 49;

XLII - Portaria nº 678/GM/MS, de 30 de março de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 31 de março de 2006, p. 132;

XLIII - Portaria nº 3090/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 26 de dezembro de 2011, p. 233;

XLIV - Portaria nº 793/GM/MS, de 24 de abril de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 25 de abril de 2012, p. 94;

XLV - art. 1º da Portaria nº 1303/GM/MS, de 28 de junho de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 1 de julho de 2013, p. 45;

XLVI - Portaria nº 479/GM/MS, de 23 de março de 2016, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 24 de março de 2016, p. 45;

XLVII - arts. 1º e 8º da Portaria nº 626/GM/MS, de 23 de março de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 24 de março de 2006, p. 53;

XLVIII - arts. 1º a 14, 16 a 18, 23, 25 a 27, 31, 33, 34 e 36 da Portaria nº 2776/GM/MS, de 18 de dezembro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 19 de dezembro de 2014, p. 183;

XLIX - Portaria nº 702/GM/MS, de 12 de abril de 2002, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 16 de abril de 2002, p. 28;

L - Portaria nº 1273/GM/MS, de 21 de novembro de 2000, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 23 de novembro de 2000, p. 51;

LI - Portaria nº 936/GM/MS, de 18 de maio de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 20 de maio de 2004, p. 52;

LII - arts. 1º a 9º, 12, 16 a 18 da Portaria nº 1679/GM/MS, de 19 de setembro de 2002, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 20 de setembro de 2002, p. 53;

LIII - arts. 1º a 9º, 12 a 17 da Portaria nº 2728/GM/MS, de 11 de novembro de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 12 de novembro de 2009, p. 76;

LIV - Portaria nº 2978/GM/MS, de 15 de dezembro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 16 de dezembro de 2011, p. 89;

LV - Portaria nº 2647/GM/MS, de 4 de novembro de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 5 de novembro de 2013, p. 41;

LVI - Portaria nº 2970/GM/MS, de 25 de novembro de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 26 de novembro de 2009, p. 48;

LVII - Portaria nº 176/GM/MS, de 27 de janeiro de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 30 de janeiro de 2006, p. 76;

LVIII - Portaria nº 2915/GM/MS, de 12 de dezembro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 13 de dezembro de 2011, p. 62;

LIX - Portaria nº 137/GM/MS, de 24 de janeiro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 27 de janeiro de 2014, p. 27;

LX - Portaria nº 193/GM/MS, de 3 de fevereiro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 3 de fevereiro de 2014, p. 34;

LXI - Portaria nº 794/GM/MS, de 13 de abril de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 15 de abril de 2011, p. 56;

LXII - Portaria nº 192/GM/MS, de 31 de janeiro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 3 de fevereiro de 2014, p. 33;

LXIII - Portaria nº 190/GM/MS, de 31 de janeiro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 3 de fevereiro de 2014, p. 33;

LXIV - Portaria nº 194/GM/MS, de 31 de janeiro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 3 de fevereiro de 2014, p. 34;

LXV - Portaria nº 191/GM/MS, de 31 de janeiro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 3 de fevereiro de 2014, p. 33;

LXVI - Portaria nº 195/GM/MS, de 31 de janeiro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 3 de fevereiro de 2014, p. 35;

LXVII - Portaria nº 1046/GM/MS, de 20 de maio de 2016, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 23 de maio de 2016, p. 108;

LXVIII - Portaria nº 495/GM/MS, de 10 de março de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 13 de março de 2006, p. 52;

LXIX - Portaria nº 1811/GM/MS, de 12 de agosto de 2009, publicada no Boletim de Serviço do MS, de 17 de agosto de 2009, p. 1;

LXX - Portaria nº 2363/GM/MS, de 7 de outubro de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 8 de outubro de 2009, p. 90.

Art. 7º Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

RICARDO BARROS

ANEXO I

Diretrizes para Organização da Rede de Atenção à Saúde do SUS (Origem: PRT MS/GM 4279/2010, Anexo 1)

DIRETRIZES PARA ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SUS

O presente documento trata das diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS) com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência.

Esse documento estabelece os fundamentos conceituais e operativos essenciais ao processo de organização da RAS, entendendo que o seu aprofundamento constituirá uma série de temas técnicos e organizacionais a serem desenvolvidos, em função da agenda de prioridades e da sua modelagem.

O texto foi elaborado a partir das discussões internas das áreas técnicas do Ministério da Saúde e no Grupo de trabalho de Gestão da Câmara Técnica da Comissão Intergestores Tripartite, composto com representantes do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Ministério da Saúde (MS).

O conteúdo dessas orientações está fundamentado no arcabouço normativo do SUS, com destaque para as Portarias do Pacto pela Saúde, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS), na publicação da Regionalização Solidária e Cooperativa, além das experiências de apoio à organização da RAS promovidas pelo Ministério da Saúde (MS) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) em regiões de saúde de diversos estados.

O documento está organizado da seguinte forma: justificativa abordando por que organizar rede de atenção à saúde, os principais conceitos, fundamentos e atributos da rede de atenção à saúde, os elementos constitutivos da rede,

as principais ferramentas de microgestão dos serviços e, diretrizes com algumas estratégias para a implementação da rede de atenção à saúde.

1. POR QUE ORGANIZAR REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS

Embora sejam inegáveis e representativos os avanços alcançados pelo SUS nos últimos anos, torna-se cada vez mais evidente a dificuldade em superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado no contexto atual.

O modelo de atenção à saúde vigente fundamentado nas ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta, tem se mostrado insuficiente para dar conta dos desafios sanitários atuais e, insustentável para os enfrentamentos futuros.

O cenário brasileiro é caracterizado pela diversidade de contextos regionais com marcantes diferenças sócio econômicas e de necessidades de saúde da população entre as regiões, agravado pelo elevado peso da oferta privada e seus interesses e pressões sobre o mercado na área da saúde e pelo desafio de lidar com a complexa inter-relação entre acesso, escala, escopo, qualidade, custo e efetividade que demonstram a complexidade do processo de constituição de um sistema unificado e integrado no país.

Consequentemente, a organização da atenção e da gestão do SUS expressa o cenário apresentado e se caracteriza por intensa fragmentação de serviços, programas, ações e práticas clínicas demonstrado por: (1) lacunas assistenciais importantes; (2) financiamento público insuficiente, fragmentado e baixa eficiência no emprego dos recursos, com redução da capacidade do sistema de prover integralidade da atenção à saúde; (3) configuração inadequada de modelos de atenção, marcada pela incoerência entre a oferta de serviços e a necessidade de atenção, não conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas; (4) fragilidade na gestão do trabalho com o grave problema de precarização e carência de profissionais em número e alinhamento com a política pública; (5) a pulverização dos serviços nos municípios; e (6) pouca inserção da Vigilância e Promoção em Saúde no cotidiano dos serviços de atenção, especialmente na Atenção Primária em Saúde (APS).

Considera-se, ainda, o atual perfil epidemiológico brasileiro, caracterizado por uma tripla carga de doença que envolve a persistência de doenças parasitárias, infecciosas e desnutrição características de países subdesenvolvidos, importante componente de problemas de saúde reprodutiva com mortes maternas e óbitos infantis por causas consideradas evitáveis, e o desafio das doenças crônicas e seus fatores de risco como sedentarismo, tabagismo, alimentação inadequada, obesidade e o crescimento das causas externas em decorrência do aumento da violência e dos acidentes de trânsito, trazendo a necessidade de ampliação do foco da atenção para o manejo das condições crônicas, mas atendendo, concomitantemente, as condições agudas.

Superar os desafios e avançar na qualificação da atenção e da gestão em saúde requer forte decisão dos gestores do SUS, enquanto protagonistas do processo instituidor e organizador do sistema de saúde. Essa decisão envolve aspectos técnicos, éticos, culturais, mas, principalmente, implica no cumprimento do pacto político cooperativo entre as instâncias de gestão do Sistema, expresso por uma "associação fina da técnica e da política", para garantir os investimentos e recursos necessários à mudança.

A solução está em inovar o processo de organização do sistema de saúde, redirecionando suas ações e serviços no desenvolvimento da RAS para produzir impacto positivo nos indicadores de saúde da população.

Experiências têm demonstrado que a organização da RAS tendo a APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, se apresenta como um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica; são mais eficazes, tanto em termos de organização interna (alocação de recursos, coordenação clínica, etc.), quanto em sua capacidade de fazer face aos atuais desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário.

No Brasil, o debate em torno da busca por maior integração adquiriu nova ênfase a partir do Pacto pela Saúde, que contempla o acordo firmado entre os gestores do SUS e ressalta a relevância de aprofundar o processo de regionalização e de organização do sistema de saúde sob a forma de Rede como estratégias essenciais para consolidar os princípios de Universalidade, Integralidade e Equidade, se efetivando em três dimensões:

Pacto Pela Vida: compromisso com as prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira;

Pacto em Defesa do SUS: compromisso com a consolidação dos fundamentos políticos e princípios constitucionais do SUS.

Pacto de Gestão: compromisso com os princípios e diretrizes para a descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação social, gestão do trabalho e da educação em saúde.

O Pacto de Gestão estabeleceu o espaço regional como locus privilegiado de construção das responsabilidades pactuadas, uma vez que é esse espaço que permite a integração de políticas e programas por meio da ação conjunta das esferas federal, estadual e municipal.

A construção dessa forma de relações intergovernamentais no SUS requer o cumprimento das responsabilidades assumidas e metas pactuadas, sendo cada esfera de governo co-responsável pela gestão do conjunto de políticas com responsabilidades explicitadas.

Em sintonia com o Pacto pela Saúde, foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS), ambas voltadas para a configuração de um modelo de atenção capaz de responder as condições crônicas e as condições agudas e promover ações de vigilância e promoção a saúde, efetivando a APS como eixo estruturante da RAS no SUS.

No campo das políticas públicas, comprometida com a garantia de oferecer acesso equânime ao conjunto de ações e serviços de saúde, a organização do Sistema em rede possibilita a construção de vínculos de solidariedade e cooperação. Nesse processo, o desenvolvimento da Rede de Atenção à Saúde é reafirmado como estratégia de reestruturação do sistema de saúde, tanto no que se refere a sua organização, quanto na qualidade e impacto da atenção prestada, e representa o acúmulo e o aperfeiçoamento da política de saúde com aprofundamento de ações efetivas para a consolidação do SUS como política pública voltada para a garantia de direitos constitucionais de cidadania.

2. CONCEITOS

A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica.

Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos.

Fundamenta-se na compreensão da APS como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção.

Os pontos de atenção à saúde são entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular.

São exemplos de pontos de atenção à saúde: os domicílios, as unidades básicas de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os serviços de hemoterapia e hematologia, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, entre outros. Os hospitais podem abrigar distintos pontos de atenção à saúde: o ambulatório de pronto atendimento, a unidade de cirurgia ambulatorial, o centro cirúrgico, a maternidade, a unidade de terapia intensiva, a unidade de hospital/dia, entre outros.

Todos os pontos de atenção a saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos da rede de atenção à saúde e se diferenciavam, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam.

Para assegurar seu compromisso com a melhora de saúde da população, integração e articulação na lógica do funcionamento da RAS, com qualidade e eficiência para os serviços e para o Sistema, faz-se necessária a criação de mecanismos formais de contratualização entre os entes reguladores / financiadores e os prestadores de serviço.

Quando esses contratos abrangem todos os pontos de atenção da rede o Sistema passa a operar em modo de aprendizagem, ou seja, a busca contínua por uma gestão eficaz, eficiente e qualificada, de forma a proporcionar a democratização e a transparência ao SUS.

A contratualização/contratos de gestão, nesse contexto, pode ser definida como o modo de pactuação da demanda quantitativa e qualitativa na definição clara de responsabilidades, de objetivos de desempenho, incluindo tanto os sanitários, quanto os econômicos, resultando dessa negociação um compromisso explícito entre ambas as partes. Esse processo deve resultar, ainda, na fixação de critérios e instrumentos de acompanhamento e avaliação de resultados, metas e indicadores definidos. Dentre os objetivos da contratualização destacam-se:

Melhorar o nível de saúde da população;

Responder com efetividade às necessidades em saúde;

Obter um efetivo e rigoroso controle sobre o crescimento das despesas de origem pública com a saúde;

Alcançar maior eficiência gestora no uso de recursos escassos, maximizando o nível de bem-estar;

Coordenar as atividades das partes envolvidas;

Assegurar a produção de um excedente cooperativo;

Distribuir os frutos da cooperação;

Assegurar que os compromissos sejam cumpridos; e

Disponibilizar, em tempo útil, a informação de produção, financiamento, desempenho, qualidade e acesso, de forma a garantir adequados níveis de informação ao cidadão.

Para atingir esses objetivos as partes adotam em três áreas de aplicação que são: cuidados primários, atenção especializada (ambulatorial e hospitalar) e cuidados de urgência e emergência.

A inovação desse modelo de contrato de gestão está em "contratualizar a saúde e não apenas cuidados de saúde, obtendo macroeficiência para o conjunto do sistema" - e para a superação de problemas cruciais como:

Passar de uma abordagem populacional isolada (hospitais ou centros de saúde) para uma contratualização de âmbito da região de saúde, seguindo critérios de adscrição da população estratificada por grau de risco, e abordando os diversos estabelecimentos de saúde em termos de uma rede de cuidados;

O contínuo aumento dos gastos para a prestação de serviços de alto custo devido ao tratamento tardio de condições e agravos sensíveis à APS, pela introdução de ferramentas de microgestão e incentivos financeiros para pagamento por desempenho individual e institucional;

Promover a participação efetiva do cidadão e da comunidade no processo de contratualização, nomeadamente através da participação organizada e permanente dos utentes.

Considerando a necessidade de fortalecimento da APS vigente, no que se refere à prática dos seus atributos essenciais, a contratualização das ações de saúde a partir do primeiro nível de atenção, tem sido apontada como instrumento potente para induzir responsabilização e qualidade, sempre no sentido de alcançar melhores resultados em saúde.

Adicionalmente, estratégias de articulação como a análise da situação de saúde; a interoperabilidade entre os vários sistemas de informação; a existência de complexos reguladores; as ações de educação permanente e de educação popular em saúde e o planejamento participativo são igualmente importantes para superar para a implementação de um modelo de atenção de saúde pautado na defesa da vida.

Os problemas vivenciados na área de educação e da gestão do trabalho necessitam de ações estratégicas. Nesta concepção, o trabalho deve ser visto como uma categoria central para uma política de valorização dos trabalhadores de saúde. É necessário visualizar o trabalho como um espaço de construção de sujeitos e de subjetividades, um ambiente que tem pessoas, sujeitos, coletivos de sujeitos, que inventam mundos e se inventam e, sobretudo, produzem saúde.

Portanto, o trabalho é um lugar de criação, invenção e, ao mesmo tempo, um território vivo com múltiplas disputas no modo de produzir saúde. Por isso, a necessidade de implementar a práxis (ação-reflexão-ação) nos locais de trabalho para a troca e o cruzamento com os saberes das diversas profissões.

É importante ressaltar que na disputa dos interesses, o que deve permanecer é o interesse do usuário cidadão. Portanto, os problemas de saúde da população e a busca de soluções no território circunscrito devem ser debatidos nas equipes multiprofissionais.

Além da valorização do espaço do trabalho, há necessidade de buscar alternativas para os problemas relacionados a não valorização dos trabalhadores de saúde. Assim, todos os profissionais de saúde podem e devem fazer a clínica ampliada, pois escutar, avaliar e se comprometer na busca do cuidado integral em saúde são responsabilidades de toda profissão da área de saúde.

Além disso, é preciso considerar e valorizar o poder terapêutico da escuta e da palavra, o poder da educação em saúde e do apoio matricial a fim de construir modos para haver a correponsabilização do profissional e do usuário.

O trabalho vivo reside principalmente nas relações que são estabelecidas no ato de cuidar. É o momento de se pensar o projeto terapêutico singular, com base na escuta e na responsabilização com o cuidado. O foco do trabalho vivo deve ser as relações estabelecidas no ato de cuidar que são: o vínculo, a escuta, a comunicação e a responsabilização com o cuidado. Os equipamentos e o conhecimento estruturado devem ser utilizados a partir desta relação e não o contrário como tem sido na maioria dos casos.

3. FUNDAMENTOS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Para assegurar resolutividade na rede de atenção, alguns fundamentos precisam ser considerados:

3.1 Economia de Escala, Qualidade, Suficiência, Acesso e Disponibilidade de Recursos

Economia de escala, qualidade e acesso são a lógica fundamental na organização da rede de atenção à saúde.

A Economia de Escala - ocorre quando os custos médios de longo prazo diminuem, à medida que aumenta o volume das atividades e os custos fixos se distribuem por um maior número dessas atividades, sendo o longo prazo, um período de tempo suficiente para que todos os insumos sejam variáveis. Desta forma, a concentração de serviços em determinado local racionaliza custos e otimiza resultados, quando os insumos tecnológicos ou humanos relativos a estes serviços inviabilizam sua instalação em cada município isoladamente.

Qualidade - um dos objetivos fundamentais do sistema de atenção à saúde e da RAS é a qualidade na prestação de serviços de saúde. A qualidade na atenção em saúde pode ser melhor compreendida com o conceito de graus de excelência do cuidado que pressupõe avanços e retrocessos nas seis dimensões, a saber: segurança (reconhecer e evitar situações que podem gerar danos enquanto se tenta prevenir, diagnosticar e tratar); efetividade (utilizar-se do conhecimento para implementar ações que fazem a diferença, que produzem benefícios claros aos usuários); centralidade na pessoa (usuários devem ser respeitados nos seus valores e expectativas, e serem envolvidos e pró-ativos no cuidado à saúde); pontualidade (cuidado no tempo certo, buscando evitar atrasos potencialmente danosos); eficiência (evitar desperdício ou ações desnecessárias e não efetivas), e equidade (características pessoais, como local de residência, escolaridade, poder aquisitivo, dentre outras, não devem resultar em desigualdades no cuidado à saúde).

Suficiência - significa o conjunto de ações e serviços disponíveis em quantidade e qualidade para atender às necessidades de saúde da população e inclui cuidados primários, secundários, terciários, reabilitação, preventivos e paliativos, realizados com qualidade.

Acesso - ausência de barreiras geográficas, financeiras, organizacionais, socioculturais, étnicas e de gênero ao cuidado. Deverão ser estabelecidas alternativas específicas na relação entre acesso, escala, escopo, qualidade e custo, para garantir o acesso, nas situações de populações dispersas de baixa densidade populacional, com baixíssima oferta de serviços. O acesso pode ser analisado através da disponibilidade, comodidade e aceitabilidade do serviço pelos usuários:

A disponibilidade diz respeito à obtenção da atenção necessária ao usuário e sua família, tanto nas situações de urgência/emergência quanto de eletividade.

A comodidade está relacionada ao tempo de espera para o atendimento, a conveniência de horários, a forma de agendamento, a facilidade de contato com os profissionais, o conforto dos ambientes para atendimento, entre outros.

A aceitabilidade está relacionada à satisfação dos usuários quanto à localização e à aparência do serviço, à aceitação dos usuários quanto ao tipo de atendimento prestado e, também, a aceitação dos usuários quanto aos profissionais responsáveis pelo atendimento.

Disponibilidade de Recursos - é outro fator importante para o desenvolvimento da RAS. Recursos escassos, sejam humanos ou físicos, devem ser concentrados, ao contrário dos menos escassos, que devem ser desconcentrados.

3.2 Integração Vertical e Horizontal

Na construção da RAS devem ser observados os conceitos de integração vertical e horizontal, que vêm da teoria econômica e estão associados à concepções relativas às cadeias produtivas.

Integração Vertical - consiste na articulação de diversas organizações ou unidades de produção de saúde responsáveis por ações e serviços de natureza diferenciada, sendo complementar (agregando resolutividade e qualidade neste processo).

Integração Horizontal: consiste na articulação ou fusão de unidades e serviços de saúde de mesma natureza ou especialidade. É utilizada para otimizar a escala de atividades, ampliar a cobertura e a eficiência econômica na provisão de ações e serviços de saúde através de ganhos de escala (redução dos custos médios totais em relação ao volume produzido) e escopo (aumento do rol de ações da unidade).

3.3 Processos de Substituição

São definidos como o reagrupamento contínuo de recursos entre e dentro dos serviços de saúde para explorar soluções melhores e de menores custos, em função das demandas e das necessidades da população e dos recursos disponíveis.

Esses processos são importantes para se alcançar os objetivos da RAS, no que se refere a prestar a atenção certa, no lugar certo, com o custo certo e no tempo certo.

A substituição pode ocorrer nas dimensões da localização, das competências clínicas, da tecnologia e da clínica. Ex: mudar o local da atenção prestada do hospital para o domicílio; transição do cuidado profissional para o autocuidado; delegação de funções entre os membros da equipe multiprofissional, etc.

3.4 Região de Saúde ou Abrangência

A organização da RAS exige a definição da região de saúde, que implica na definição dos seus limites geográficos e sua população e no estabelecimento do rol de ações e serviços que serão ofertados nesta região de saúde. As competências e responsabilidades dos pontos de atenção no cuidado integral estão correlacionadas com abrangência de base populacional, acessibilidade e escala para conformação de serviços.

A definição adequada da abrangência dessas regiões é essencial para fundamentar as estratégias de organização da RAS, devendo ser observadas as pactuações entre o estado e o município para o processo de regionalização e parâmetros de escala e acesso.

3.5 Níveis de Atenção

Fundamentais para o uso racional dos recursos e para estabelecer o foco gerencial dos entes de governança da RAS, estruturam-se por meio de arranjos produtivos conformados segundo as densidades tecnológicas singulares, variando do nível de menor densidade (APS), ao de densidade tecnológica intermediária, (atenção secundária à saúde), até o de maior densidade tecnológica (atenção terciária à saúde).

4. ATRIBUTOS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Considera-se que não há como prescrever um modelo organizacional único para as RAS, contudo as evidências mostram que o conjunto de atributos apresentados a seguir são essenciais ao seu funcionamento:

1. População e território definidos com amplo conhecimento de suas necessidades e preferências que determinam a oferta de serviços de saúde;

2. Extensa gama de estabelecimentos de saúde que presta serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de casos, reabilitação e cuidados paliativos e integra os programas focalizados em doenças, riscos e populações específicas, os serviços de saúde individuais e os coletivos;

3. Atenção Primária em Saúde estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde;

4. Prestação de serviços especializados em lugar adequado;

5. Existência de mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e integração assistencial por todo o contínuo da atenção;

6. Atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e na comunidade, tendo em conta as particularidades culturais, gênero, assim como a diversidade da população;

7. Sistema de governança único para toda a rede com o propósito de criar uma missão, visão e estratégias nas organizações que compõem a região de saúde; definir objetivos e metas que devam ser cumpridos no curto, médio e longo prazo; articular as políticas institucionais; e desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e das organizações;

8. Participação social ampla;

9. Gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico;

10. Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e com incentivos pelo alcance de metas da rede;

11. Sistema de informação integrado que vincula todos os membros da rede, com identificação de dados por sexo, idade, lugar de residência, origem étnica e outras variáveis pertinentes;

12. Financiamento tripartite, garantido e suficiente, alinhado com as metas da rede;

13. Ação intersetorial e abordagem dos determinantes da saúde e da equidade em saúde; e

14. Gestão baseada em resultado.

A integração dos sistemas de saúde deve ser entendida como um contínuo e não como uma situação de extremos opostos entre integração e não integração. Dessa forma, existem graus de integração, que variam da fragmentação absoluta à integração total. Por sua vez, a integração é um meio para melhorar o desempenho do sistema, de modo que os esforços justifiquem-se na medida em que conduzam a serviços mais acessíveis, de maior qualidade, com melhor relação custo-benefício e satisfaçam aos usuários (OPAS, 2009).

5. PRINCIPAIS FERRAMENTAS DE MICRO GESTÃO DOS SERVIÇOS

A Rede de Atenção à Saúde organiza-se a partir de um processo de gestão da clínica associado ao uso de critérios de eficiência microeconômica na aplicação de recursos, mediante planejamento, gestão e financiamento intergovernamentais cooperativos, voltados para o desenvolvimento de soluções integradas de política de saúde.

É preciso ampliar o objeto de trabalho da clínica para além das doenças, visando compreender os problemas de saúde, ou seja, entender as situações que ampliam o risco ou a vulnerabilidade das pessoas.

Os problemas ou condições de saúde estão em sujeitos, em pessoas, por isso, a clínica do sujeito é a principal ampliação da clínica, que possibilita o aumento do grau de autonomia dos usuários, cabendo uma decisão compartilhada do projeto terapêutico.

A gestão da clínica aqui compreendida implica "a aplicação de tecnologias de micro-gestão dos serviços de saúde com a finalidade de: a) assegurar padrões clínicos ótimos; b) aumentar a eficiência; c) diminuir os riscos para os usuários e para os profissionais; d) prestar serviços efetivos; e e) melhorar a qualidade da atenção à saúde".

Como subsídio à gestão da clínica utiliza-se a análise da situação de saúde em que o objetivo é a identificação e estratificação de riscos em grupos individuais expostos a determinados fatores e condições que os colocam em situação de prioridade para a dispensação de cuidados de saúde, sejam eles preventivos, promocionais ou assistenciais.

A gestão clínica dispõe de ferramentas de microgestão que permitem integrar verticalmente os pontos de atenção e conformar a RAS. As ferramentas de microgestão partem das tecnologias-mãe, as diretrizes clínicas, para, a partir delas, desenhar a RAS e ofertar outras ferramentas como a gestão da condição de saúde, gestão de casos, auditoria clínica e as listas de espera.

Diretrizes clínicas - entendidas como recomendações que orientam decisões assistenciais, de prevenção e promoção, como de organização de serviços para condições de saúde de relevância sanitária, elaboradas a partir da compreensão ampliada do processo saúde-doença, com foco na integralidade, incorporando as melhores evidências da clínica, da saúde coletiva, da gestão em saúde e da produção de autonomia. As diretrizes desdobram-se em Guias de Prática Clínica/Protocolos Assistenciais, orientam as Linhas de Cuidado e viabilizam a comunicação entre as equipes e serviços, programação de ações e padronização de determinados recursos.

Linhas de Cuidado (LC) - uma forma de articulação de recursos e das práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção de uma dada região de saúde, para a condução oportuna, ágil e singular, dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância. Visa à coordenação ao longo do contínuo assistencial, através da pactuação/contratualização e a conectividade de papéis e de tarefas dos diferentes pontos de atenção e profissionais. Pressupõem uma resposta global dos profissionais envolvidos no cuidado, superando as respostas fragmentadas. A implantação de LC deve ser a partir das unidades da APS, que têm a responsabilidade da coordenação do cuidado e ordenamento da rede. Vários pressupostos devem ser observados para a efetivação das LC, como garantia dos recursos materiais e humanos necessários à sua operacionalização; integração e co-responsabilização das unidades de saúde; interação entre equipes; processos de educação permanente; gestão de compromissos pactuados e de resultados. Tais aspectos devem ser de responsabilidade de grupo técnico, com acompanhamento da gestão regional.

Gestão da condição da saúde - é a mudança de um modelo de atenção à saúde focada no indivíduo, por meio de procedimentos curativos e reabilitadores, para uma abordagem baseada numa população adscrita, que identifica pessoas em risco de adoecer ou adoecidas, com foco na promoção da saúde e/ou ação preventiva, ou a atenção adequada, com intervenção precoce, com vistas a alcançar melhores resultados e menores custos. Sua premissa é a melhoria da qualidade da atenção à saúde em toda a RAS. Para tanto, engloba o conjunto de pontos de atenção à saúde, com o objetivo de alcançar bons resultados clínicos, a custos compatíveis, com base em evidência disponível na literatura científica. Pode ser definida como a gestão de processos de uma condição ou doença que envolve intervenções na promoção da saúde, na prevenção da condição ou doença e no seu tratamento e reabilitação.

A gestão dos riscos coletivos e ambientais passa pela vigilância, prevenção e controle das doenças, agravos e fatores de risco, onde o foco é a identificação oportuna de problemas de saúde na população, a identificação das causas e fatores desencadeantes, a descrição do comportamento, a proposição de medidas para o controle ou eliminação e o desencadeamento das ações. Os problemas podem se manifestar através de doenças transmissíveis, doenças crônicas não transmissíveis, agravos à saúde como as violências, exposição a produtos danosos à saúde, alterações do meio ambiente, ou ambiente de trabalho, entre outros.

Gestão de caso - é um processo que se desenvolve entre o profissional responsável pelo caso e o usuário do serviço de saúde para planejar, monitorar e avaliar ações e serviços, de acordo com as necessidades da pessoa, com o objetivo de propiciar uma atenção de qualidade e humanizada. Seus objetivos são: a) atender às necessidades e expectativas de usuários em situação especial; b) prover o serviço certo ao usuário no tempo certo; c) aumentar a qualidade do cuidado; e d) diminuir a fragmentação da atenção. É, portanto, uma relação personalizada entre o profissional responsável pelo caso e o usuário de um serviço de saúde.

Auditoria clínica - segundo BERWICK E KNAPP, 1990, há três enfoques principais de auditoria clínica: auditoria implícita, que utiliza opinião de experts para avaliar a prática de atenção à saúde; auditoria explícita, que avalia a atenção prestada contrastando-a com critérios pré-definidos, especialmente nas diretrizes clínicas; e a auditoria por meio de eventos- sentinela. A auditoria clínica consiste na análise crítica e sistemática da qualidade da atenção à saúde, incluindo os procedimentos usados no diagnóstico e tratamento, o uso dos recursos e os resultados para os pacientes em todos os pontos de atenção, observada a utilização dos protocolos clínicos estabelecidos. Essa auditoria não deve ser confundida com a auditoria realizada pelo Sistema Nacional de Auditoria (SNA).

Lista de espera - pode ser conceituada como uma tecnologia que normatiza o uso de serviços em determinados pontos de atenção à saúde, estabelecendo critérios de ordenamento por necessidades e riscos, promovendo a transparência, ou seja, constituem uma tecnologia de gestão da clínica orientada a racionalizar o acesso a serviços em que exista um desequilíbrio entre a oferta e a demanda.

6. ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

A operacionalização da RAS se dá pela interação dos seus três elementos constitutivos: população/região de saúde definidas, estrutura operacional e por um sistema lógico de funcionamento determinado pelo modelo de atenção à saúde.

6.1 População e Região de Saúde

Para preservar, recuperar e melhorar a saúde das pessoas e da comunidade, as RAS deve ser capazes de identificar claramente a população e a área geográfica sob sua responsabilidade. O Pacto pela Saúde define as regiões de saúde como espaços territoriais complexos, organizados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infra-estrutura de transportes compartilhados do território. Assim, a população sob responsabilidade de uma rede é a que ocupa a região de saúde definida pelo Plano Diretor de Regionalização e Investimentos (PDRI).

A região de saúde deve ser bem definida, baseada em parâmetros espaciais e temporais que permitam assegurar que as estruturas estejam bem distribuídas territorialmente, garantindo o tempo/resposta necessário ao atendimento, melhor proporção de estrutura/população/território e viabilidade operacional sustentável.

6.2 Estrutura Operacional

A estrutura operacional da RAS é constituída pelos diferentes pontos de atenção à saúde, ou seja, lugares institucionais onde se ofertam serviços de saúde e pelas ligações que os comunicam.

Os componentes que estruturam a RAS incluem: APS - centro de comunicação; os pontos de atenção secundária e terciária; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos e o sistema de governança.

APS - Centro de Comunicação

A Atenção Primária à Saúde é o centro de comunicação da RAS e tem um papel chave na sua estruturação como ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado.

Para cumprir este papel, a APS deve ser o nível fundamental de um sistema de atenção à saúde, pois constitui o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema, trazendo os serviços de saúde o mais próximo possível aos lugares de vida e trabalho das pessoas e significa o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção.

Deve exercer um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

A coordenação do cuidado é desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

Cabe a APS integrar verticalmente os serviços que, normalmente são ofertados de forma fragmentada, pelo sistema de saúde convencional.

Uma atenção primária de qualidade, como parte integrante da Rede de atenção à saúde estrutura-se segundo sete atributos e três funções:

Atributos - Primeiro Contato; Longitudinalidade; Integralidade; Coordenação; Centralidade na Família; Abordagem Familiar e Orientação Comunitária.

O Primeiro Contato: evidências demonstram que o primeiro contato, pelos profissionais da APS, leva a uma atenção mais apropriada e a melhores resultados de saúde a custos totais mais baixos.

A Longitudinalidade: deriva da palavra longitudinal e é definida como "lidar com o crescimento e as mudanças de indivíduos ou grupos no decorrer de um período de anos" (STARFIELD, 2002). É uma relação pessoal de longa duração entre profissionais de saúde e usuários em suas unidades de saúde, independente do problema de saúde ou até mesmo da existência de algum problema. Está associada a diversos benefícios: menor utilização dos serviços; melhor atenção preventiva; atenção mais oportuna e adequada; menos doenças evitáveis; melhor reconhecimento dos problemas dos usuários; menos hospitalizações; custos totais mais baixos. Os maiores benefícios estão relacionados ao vínculo com o profissional ou equipe de saúde e ao manejo clínico adequado dos problemas de saúde, através da adoção dos instrumentos de gestão da clínica - diretriz clínica e gestão de patologias.

A Integralidade da Atenção: a integralidade exige que a APS reconheça as necessidades de saúde da população e os recursos para abordá-las. A APS deve prestar, diretamente, todos os serviços para as necessidades comuns e agir como um agente para a prestação de serviços para as necessidades que devam ser atendidas em outros pontos de atenção. A integralidade da atenção é um mecanismo importante porque assegura que os serviços sejam ajustados às necessidades de saúde da população.

A Coordenação: é um "estado de estar em harmonia numa ação ou esforço comum" (SARFIELD, 2002). É um desafio para os profissionais e equipes de saúde da APS, pois nem sempre têm acesso às informações dos atendimentos de usuários realizados em outros pontos de atenção e, portanto, a dificuldade de viabilizar a continuidade do cuidado. A essência da coordenação é a disponibilidade de informação a respeito dos problemas de saúde e dos serviços prestados. Os prontuários clínicos eletrônicos e os sistemas informatizados podem contribuir para a coordenação da atenção, quando possibilitam o compartilhamento de informações referentes ao atendimento dos usuários nos diversos pontos de atenção, entre os profissionais da APS e especialistas.

A Centralidade na Família: remete ao conhecimento pela equipe de saúde dos membros da família e dos seus problemas de saúde. No Brasil, atualmente, tem se adotado um conceito ampliado e a família é reconhecida como um grupo de pessoas que convivam sobre o mesmo teto, que possuam entre elas uma relação de parentesco primordialmente pai e/ou mãe e filhos consanguíneos ou não, assim como as demais pessoas significativas que convivam na mesma residência, qualquer que seja ou não o grau de parentesco.

A centralização na família requer mudança na prática das equipes de saúde, através da abordagem familiar. A equipe de saúde realiza várias intervenções personalizadas ao longo do tempo, a partir da compreensão da estrutura familiar.

A Abordagem Familiar: deve ser empregada em vários momentos, como, por exemplo, na realização do cadastro das famílias, quando das mudanças de fase do ciclo de vida das famílias, do surgimento de doenças crônicas ou agudas de maior impacto. Estas situações permitem que a equipe estabeleça um vínculo com o usuário e sua família de forma natural, facilitando a aceitação quanto à investigação e intervenção, quando necessária.

A Orientação Comunitária: a APS com orientação comunitária utiliza habilidades clínicas, epidemiológicas, ciências sociais e pesquisas avaliativas, de forma complementar para ajustar os programas para que atendam às necessidades específicas de saúde de uma população definida. Para tanto, faz-se necessário:

Definir e caracterizar a comunidade;

Identificar os problemas de saúde da comunidade;

Modificar programas para abordar estes problemas;

Monitorar a efetividade das modificações do programa.

Funções - Resolubilidade, Organização e Responsabilização.

A Atenção Primária à Saúde deve cumprir três funções essenciais (MENDES, 2002):

Resolução: visa resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população;

Organização: visa organizar os fluxos e contrafluxos dos usuários pelos diversos pontos de atenção à saúde, no sistema de serviços de saúde;

Responsabilização: visa responsabilizar-se pela saúde dos usuários em qualquer ponto de atenção à saúde em que estejam.

Pontos de Atenção Secundários e Terciários:

Somente os serviços de APS não são suficientes para atender às necessidades de cuidados em saúde da população. Portanto, os serviços de APS devem ser apoiados e complementados por pontos de atenção de diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações especializadas (ambulatório e hospitalar), no lugar e tempo certos.

Sistemas de Apoio

São os lugares institucionais da rede onde se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde. São constituídos pelos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico (patologia clínica, imagens, entre outros); pelo sistema de assistência farmacêutica que envolve a organização dessa assistência em todas as suas etapas: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição, dispensação e promoção do uso racional de medicamentos; e pelos sistemas de informação em saúde.

Sistemas Logísticos

Os sistemas logísticos são soluções em saúde, fortemente ancoradas nas tecnologias de informação, e ligadas ao conceito de integração vertical.

Consiste na efetivação de um sistema eficaz de referência e contrarreferência de pessoas e de trocas eficientes de produtos e de informações ao longo dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio na rede de atenção à saúde. Estão voltados para promover a integração dos pontos de atenção à saúde. Os principais sistemas logísticos da rede de atenção à saúde são: os sistemas de identificação e acompanhamento dos usuários; as centrais de regulação, registro eletrônico em saúde e os sistemas de transportes sanitários.

Sistema de Governança

A governança é definida pela Organização das Nações Unidas como o exercício da autoridade política, econômica e administrativa para gerir os negócios do Estado. Constitui-se de complexos mecanismos, processos, relações e instituições através das quais os cidadãos e os grupos sociais articulam seus interesses, exercem seus direitos e obrigações e mediam suas diferenças (RONDINELLI, 2006).

A governança da RAS é entendida como a capacidade de intervenção que envolve diferentes atores, mecanismos e procedimentos para a gestão regional compartilhada da referida rede. Nesse contexto, o Colegiado de Gestão Regional desempenha papel importante, como um espaço permanente de pactuação e co-gestão solidária e cooperativa onde é exercida a governança, a negociação e a construção de consensos, que viabilizem aos gestores interpretar a realidade regional e buscarem a conduta apropriada para a resolução dos problemas comuns de uma região.

Exercer uma governança solidária nas regiões de saúde implica o compartilhamento de estruturas administrativas, de recursos, sistema logístico e apoio, e de um processo contínuo de monitoramento e avaliação da Rede de Atenção à Saúde. Assim, a governança da RAS é diferente da gerência dos pontos de atenção à saúde, dos sistemas de apoio e dos logísticos.

O exercício da governança implica, ainda, o enfrentamento de questões políticas e estruturais do processo de regionalização, como as relações federativas, as relações público-privadas, as capacidades internas de gestão, a sustentabilidade financeira, a regulação da atenção e o estabelecimento de padrões de qualidade para a provisão de serviços (públicos e privados), bem como os padrões de gestão e desempenho das unidades de saúde, entre outros.

No processo de governança são utilizados instrumentos e mecanismos de natureza operacional, tais como: roteiros de diagnóstico, planejamento e programações regionais, sistemas de informação e identificação dos usuários, normas e regras de utilização de serviços, processos conjuntos de aquisição de insumos, complexos reguladores, contratos de serviços, sistemas de certificação/acreditação, sistema de monitoramento e avaliação, comissões/câmaras técnicas temáticas, etc.

Alguns desses mecanismos podem ser viabilizados por intermédio de consórcio público de saúde, que se afigura como uma alternativa de apoio e fortalecimento da cooperação interfederativa para o desenvolvimento de ações conjuntas e de objetivos de interesse comum, para melhoria da eficiência da prestação dos serviços públicos e operacionalização da Rede de Atenção à Saúde.

No que tange ao Controle Social, as estruturas locais e estaduais devem desenvolver mecanismos e instrumentos inovadores de articulação, tais como fóruns regionais, pesquisas de satisfação do usuário, entre outros, cujas informações podem ser transformadas em subsídios de monitoramento e avaliação das políticas de saúde no espaço regional.

O processo de Planejamento Regional, discutido e desenvolvido no CGR, estabelecerá as prioridades de intervenção com base nas necessidades de saúde da região e com foco na garantia da integralidade da atenção, buscando a maximização dos recursos disponíveis.

Esse planejamento deverá ainda seguir a mesma sistemática do processo de elaboração do planejamento municipal/estadual, considerando os pressupostos e características do Sistema de Planejamento do SUS, no tocante à construção de seus instrumentos básicos. Os planos municipais de saúde do conjunto de municípios da região, e o plano estadual de saúde são subsídios essenciais ao processo de planejamento regional respectivo e são influenciados pelo resultado deste.

O produto do processo de planejamento regional deverá ser expresso no PDRI, o que permitirá o monitoramento e a avaliação das metas acordadas entre os gestores, bem como, a definição dos recursos financeiros necessários.

Como parte intrínseca à governança da RAS, seu financiamento é atribuição comum aos gestores das três esferas de governo, sendo orientado no sentido de reduzir a fragmentação, estimular o compartilhamento de responsabilidades, a continuidade do cuidado, a eficiência da gestão e a equidade.

As modalidades de repasses financeiros devem estar alinhadas com o modelo de atenção e ao planejamento regional, fortalecendo as relações de complementaridade e interdependência entre os entes envolvidos, na organização da atenção.

A alocação dos recursos de custeio da Rede de Atenção à Saúde deve ser pautada por uma combinação de critérios de necessidades de saúde envolvendo variáveis demográficas, epidemiológicas e sanitárias e, ainda, ao desempenho no cumprimento dos objetivos e das metas fixadas. A construção de programação pactuada e integrada - PPI consiste em uma estratégia para orientar a definição de alocação compartilhada de recursos.

Além do modelo de alocação, torna-se necessário também o dimensionamento e a garantia de um volume de recursos compatível com as necessidades de investimento na Rede de atenção à saúde.

Da mesma forma, é necessário buscar a unificação dos processos decisórios relativos aos investimentos, que se devem pautar pelos critérios de ampliação do acesso, integralidade e equidade na organização da estrutura regional de atenção à saúde e sustentabilidade, materializados nos Planos Diretores de Regionalização e Investimentos.

6.3 Modelo de Atenção à Saúde

O modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento da RAS, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definido em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade. Para a implantação da RAS, é necessária uma mudança no atual modelo de atenção hegemônico no SUS, ou seja, exige uma intervenção concomitante sobre as condições agudas e crônicas.

O modelo de atenção definido na regulamentação do SUS preconiza uma contraposição ao modelo atual que é centrado na doença e em especial no atendimento à demanda espontânea e na agudização das condições crônicas. Aponta para a necessidade de uma organização que construa a intersetorialidade para a promoção da saúde, contemple a integralidade dos saberes com o fortalecimento do apoio matricial, considere as vulnerabilidades de grupos ou populações e suas necessidades, fortalecendo as ações sobre as condições crônicas.

A diferença entre RAS baseada na APS e rede de urgência e emergência está no papel da APS. Na rede de atenção às condições crônicas ela funciona como centro de comunicação, mas na Rede de atenção às urgências e emergências ela é um dos pontos de atenção, sem cumprir o papel de coordenação dos fluxos e contrafluxos dessa Rede.

Um dos problemas contemporâneos centrais da crise dos modelos de atenção à saúde consiste no enfrentamento das condições crônicas na mesma lógica das condições agudas, ou seja, por meio de tecnologias destinadas a responder aos momentos agudos dos agravos - normalmente momentos de agudização das condições crônicas, autopercebidos pelas pessoas -, através da atenção à demanda espontânea, principalmente, em unidades de pronto atendimento ou de internações hospitalares de urgência ou emergência. É desconhecendo a necessidade imperiosa de uma atenção contínua nos momentos silenciosos dos agravos quando as condições crônicas insidiosamente evoluem.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003), um sistema de Atenção Primária incapaz de gerenciar com eficácia o HIV/Aids, o diabetes e a depressão irá tornar-se obsoleto em pouco tempo. Hoje, as condições crônicas são responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo. No ano 2020, serão responsáveis por 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento e, nesses países, a aderência aos tratamentos chega a ser apenas de 20% (OMS, 2003). Por este motivo, no sistema integrado, a Atenção Primária deve estar orientada para a atenção às condições crônicas, com o objetivo de controlar as doenças/agravos de maior relevância, através da adoção de tecnologias de gestão da clínica, tais como as diretrizes clínicas e a gestão de patologias.

No SUS, a Estratégia Saúde da Família, representa o principal modelo para a organização da APS. O seu fortalecimento torna-se uma exigência para o estabelecimento da RAS.

7. DIRETRIZES E ESTRATÉGIAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DA RAS

A transição entre o ideário da RAS e a sua concretização ocorre através de um processo contínuo e perpassa o uso de estratégias de integração que permitam desenvolver sistematicamente o conjunto de atributos que caracteriza um sistema de saúde organizado em rede. Este processo contínuo deve refletir coerência e convergência entre o Pacto pela Saúde como diretriz institucional tripartite, as políticas vigentes (PNAB, Políticas específicas voltadas a grupos populacionais que vivem em situação de vulnerabilidade social, Política de Vigilância e Promoção a Saúde, Política de Urgência e Emergência, e outras) e a necessidade de responder de maneira eficaz aos atuais desafios sanitários.

Com base nisso, propõe-se abaixo diretrizes orientadoras e respectivas estratégias para o processo de implementação da RAS:

I. Fortalecer a APS para realizar a coordenação do cuidado e ordenar a organização da rede de atenção

Estratégias:

Realizar oficinas macrorregionais sobre RAS e planificação da APS com a participação dos estados e municípios, com vistas ampliar a compreensão sobre a organização da RAS e qualificar o planejamento do Sistema a partir da APS.

Rever e ampliar a política de financiamento da APS com base na programação das necessidades da população estratificada.

Propor novas formas de financiamento para a APS dos municípios, desde que cumpram os seguintes atributos: Primeiro Contato; Longitudinalidade; Integralidade; Coordenação; Centralidade na Família; Abordagem Familiar e Orientação Comunitária.

Criar condições favoráveis para valorização dos profissionais de saúde, visando à fixação e retenção das equipes nos postos de trabalho, em especial o médico.

Ampliar o escopo de atuação das APS e apoio matricial, incentivando a reorganização do processo de trabalho no território da APS, desenvolvendo ações como:

Incentivar a organização da porta de entrada, incluindo acolhimento e humanização do atendimento;

Integrar a promoção e vigilância em saúde na APS (território único, articulação dos sistemas de informação, agentes de vigilância em saúde);

Incorporar a prática de gestão da clínica para prover um contínuo de qualidade e segurança para o usuário;

Induzir a organização das linhas de cuidado, com base nas realidades locais, identificando os principais agravos e condições;

Planejar e articular as ações e serviços de saúde a partir dos critérios de acesso e/ou tempo-resposta;

Ampliar o financiamento e o investimentos em infraestrutura das unidades de saúde para melhorar a ambiência dos locais de trabalho.

Implementar as ações voltadas às políticas de atenção às populações estratégicas e às prioridades descritas no Pacto pela Vida.

II. Fortalecer o papel dos CGRs no processo de governança da RAS

Estratégias:

Assegurar a institucionalidade dos CGR como o espaço de tomada de decisão e de definição de ações estratégicas no âmbito da região de saúde;

Incentivar o papel coordenador das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) na organização dos CGR visando à implantação da RAS;

Qualificar os gestores que integram os CGR, sobre os instrumentos e mecanismos do processo de governança da RAS;

Incorporar permanentemente nas pautas das CIBs o apoio à organização da RAS;

Fortalecer a gestão municipal tendo em vista que a governabilidade local é pressuposto para qualificar o processo de governança regional.

III. Fortalecer a integração das ações de âmbito coletivo da vigilância em saúde com as da assistência (âmbito individual e clínico), gerenciando o conhecimento necessário à implantação e acompanhamento da RAS e o gerenciamento de risco e de agravos à saúde.

Estratégias:

Organizar a gestão e planejamento das variadas ações intersectoriais, como forma de fortalecer e promover a implantação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) na RAS de modo transversal e integrado, compondo Rede de compromisso e co-responsabilidade para reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde vinculados aos determinantes sociais;

Incorporar a análise de situação de saúde como subsídio à identificação de riscos coletivos e ambientais e definição de prioridades de ações;

Implantar do apoio matricial na dimensão regional.

IV. Fortalecer a política de gestão do trabalho e da educação na saúde na RAS

Estratégias:

Elaborar proposta de financiamento tripartite para criação ou adequação do Plano de Cargos, Carreira e Salários (PCCS), despreciação dos vínculos de trabalho e contratação de pessoal;

Incentivar a implementação da política de educação permanente em saúde como dispositivo de mudanças de práticas na APS;

Ampliar o Pró-Saúde / Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET SAÚDE) para todas as instituições de ensino superior visando à mudança curricular e à formação de profissionais com perfil voltado às necessidades de saúde da população;

Estimular o estabelecimento de instrumentos contratuais entre a gestão e os profissionais de saúde que contemplem a definição de metas e avaliação de resultados;

Promover articulação política junto ao Congresso Nacional visando à busca de soluções para os problemas advindos da Lei Responsabilidade Fiscal na contratação da força de trabalho para o SUS.

V. Implementar o Sistema de Planejamento da RAS

Estratégia:

Fortalecer a capacidade de planejamento integrado entre municípios e estado, a partir da realidade sanitária regional;

Atualizar o PDRI, considerando a ampliação do acesso, integralidade e equidade na organização da estrutura regional de atenção à saúde e sustentabilidade da RAS.

VI. Desenvolver os Sistemas Logísticos e de Apoio da RAS

Estratégias:

Estabelecer os parâmetros de regulação do acesso do sistema de saúde;

Ampliar o financiamento para os complexos reguladores com vistas à implementação da RAS;

Promover a comunicação de todos os pontos de atenção da RAS com a Implementação de registro eletrônico em saúde;

Avançar no desenvolvimento de mecanismo único de identificação dos usuários do SUS;

Promover integração da RAS por meio de sistemas transporte sanitário, de apoio diagnóstico e terapêutico, considerando critérios de acesso, escala e escopo;

Promover a reorganização do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (SISLAB) à luz das diretrizes estabelecidas para organização da RAS;

Avançar no desenvolvimento da gestão da tecnologia de informação e comunicação em saúde na RAS;

Utilizar os sistemas de informação como ferramentas importantes para construção do diagnóstico da situação de saúde, a fim de produzir intervenções baseadas nas necessidades das populações;

Ampliar a cobertura do Telessaúde visando apoio aos profissionais de saúde da "segunda opinião formativa".

VII. Financiamento do Sistema na perspectiva da RAS

Estratégias:

Definir os mecanismos de alocação dos recursos de custeio e investimento para a implementação da RAS;

Definir os critérios/índice de necessidades de saúde envolvendo variáveis demográficas, epidemiológicas e sanitárias, com vistas à distribuição equitativa do financiamento para a RAS;

Induzir a construção da Programação Pactuada e Integrada (PPI) de forma compartilhada para orientar a definição dos recursos da região de saúde;

Propor novos mecanismos de financiamento das políticas públicas de saúde com foco na garantia do contínuo assistencial e na responsabilização das três esferas de governo;

Redefinir e reforçar o financiamento da APS no sentido de aumentar a sua capacidade de coordenar o cuidado e ordenar a RAS.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRÚCIO, F. L. A COORDENAÇÃO FEDERATIVA NO BRASIL: A EXPERIÊNCIA DO PERÍODO FHC E OS DESAFIOS DO GOVERNO LULA. Revista de Sociologia e Política, v. 24, p. 41- 67, 2005.

Contratualização e Organizações Sociais - Reflexões Teóricas e Lições da Experiência Internacional. Debates GV Saúde, Vol. 1, 1º semestre 2006, p. 24-27.

ARRETCHE, M. Federalismo e Relações Intergovernamentais no Brasil: A Reforma dos Programas Sociais. DADOS - Revista de Ciências Sociais, v. 43, n. 6, p. 431-458, 2002.

ARTMANN, E.; RIVERA, F. J. U. Regionalização em Saúde e mix público-privado. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br>>. Acesso em: 17 jul. 2008.

BARRENECHEA, J. J.; URIBE, E. T.; CHORNY, A. H. Implicaciones para la planificación y administración de los sistemas de salud.. Medellín: Ed Universidad de Antioquia/OPS, 1990.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 1988.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Projeto de Investimentos para a Qualificação do Sistema Único de Saúde, Documento Revisado, maio 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO. Portaria N. 325, de 22 de fevereiro de 2008. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. Mais Saúde: direito de todos: 2007-2011. Brasília: Ministério da Saúde, Série C. Projetos, Programas e Relatórios, 2008b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. Termo de Compromisso de Gestão Federal. Brasília: Ministério da Saúde, Série A. Normas e Manuais Técnicos, Série Pactos pela Saúde, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. Termo de Compromisso de Gestão Estadual. Brasília: Ministério da Saúde, Série A. Normas e Manuais Técnicos, Série Pactos pela Saúde, 2007b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO. Glossário de Termos da Política Nacional de Humanização. Disponível em: <www.saude.gov.br/sas>. Acesso em: 15 de jul. 2007c.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde, Série A. Normas e Manuais Técnicos, Série Pactos pela Saúde, volume 1, 2006a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. Mais Gestão é Mais Saúde: Governança para Resultados no Ministério da Saúde. Série B Textos Básicos de Saúde 2009, 234p: il. - Série B. Textos Básicos de Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO. Portaria GM/MS nº 1.721, de 21 de setembro de 2005, Programa de Reestruturação e Contratação dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde - SUS, Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. Regionalização Solidária e Cooperativa: orientações para sua implementação no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, Série A. Normas e Manuais Técnicos, Série Pactos pela Saúde, volume 1, 2006b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Brasília: Ministério da Saúde: 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/ SECRETARIA DE ATENÇÃO A SAÚDE/ DIRETORIA DE ARTICULAÇÃO DE REDE DE ATENÇÃO - RAS Santa Catarina - Oficina de Governança Rede de Atenção à Urgência e Emergência Macrorregião Nordeste e Planalto Norte - Guia do Participante - abr. 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/ SECRETARIA DE ATENÇÃO A SAÚDE/ DIRETORIA DE ARTICULAÇÃO DE REDE DE ATENÇÃO - Projeto Territórios: Estratégia de qualificação da Atenção Primária para ampliação dos limites da resolubilidade na atenção das doenças crônicas não transmissíveis: um eixo de reestruturação da Atenção Especializada no seu papel complementar. 2008-2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei n. 8.080. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei n. 8.142. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRITO, F. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. Revista Brasileira de Estudos de População, v. 25 n. 01, p. 5- 26, 2008.

A transição demográfica no Brasil: as possibilidades e os desafios para a economia e a sociedade. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2007.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v. 04, n. 02, p. 393-403, 1999.

S. Reforma Política e Sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? Ciência e Saúde Coletiva, v. 12, n. 2, p. 301-306, 2007.

Um método para análise e co-gestão de coletivos - a construção do sujeito, a produção de valor de usos e a democracia em instituições: o Método da Roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

CARVALHO, A. I. Conselhos de Saúde, responsabilidade pública cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. In: FLEURY, S. (Org.). Saúde e Democracia: A luta do CEBES. Lemos Editorial, 1997.

CHORNY, A. H. Planificación in Salud: viejas ideas en nuevas ropajes. Cuadernos Médicos-Sociales, n. 73, 1998.

COELHO, I. B. Os impasses do SUS. Ciência e Saúde Coletiva, v. 12, n. 2, p. 309-311, 2007.

CONASEMS - XXVI CONGRESSO DO CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE - CONASEMS - GRAMADO/RS

SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE OS SISTEMAS DE SAÚDE DO BRASIL E DA ESPANHA: COMPARTILHANDO EXPERIÊNCIAS. MESA 2: SANTOS, LENIR - Gestão Pública da Saúde: Modelos Jurídicos, Parcerias Público-Privadas e Regulação dos Sistemas de Serviços, mai. 2010.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIOS DE SAÚDE - CONASS. Programa de Reestruturação e Contratação dos Hospitais Filantrópicos do SUS - Nota Técnica 12/2005.

. Oficina de Rede de Atenção no SUS: Guia do Facilitador. Brasília: CONASS, 2008

CONILL, E. M. Analisis de la problemática de la integración de la APS em El contexto actual: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social. ENSP, Fiocruz, 2007.

COSTA, N. R. Política social e ajuste macroeconômico. Cadernos de Saúde Pública, v. 18, suplemento, p. 13-21, 2002.

COSTA, N. R.; PINTO, L. F. Avaliação de programa de atenção à saúde: incentivo à oferta de atenção ambulatorial e a experiência da descentralização no Brasil. Ciência e Saúde Coletiva, v. 7, n. 4, 907-923, 2002.

COUTO, C. G.; ARANTES, R. B. Constituição ou Políticas Públicas? Uma avaliação dos anos FHC. In: LOUREIRO, M. R.; ABRÚCIO, F. L. (Org.). O Estado numa Era de Reformas: os anos FHC. Brasília: ENAP, 2002.

DIAZ, V. P. ORGANIZACIONES SANITARIAS INTEGRADAS EM PAISES CON DISTINTOS SISTEMAS DE SALUD. Dissertação de Mestrado. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra, 2004. Disponível em: www.chc.es. Acesso em: 15 dez. 2008.

DINIZ, E. GLOBALIZAÇÃO, REFORMAS ECONÔMICAS E ELITES EMPRESARIAIS: Brasil anos 1990. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

EDGREN, L. The meaning of integrated care: a systems approach. International Journal of Integrated Care, v. 08, n. 23, p. 1- 6, 2008.

ESCOREL, S.; DELGADO, M. M. Perfil dos conselhos estaduais de saúde: singularidades e similaridades no controle social. Divulgação em Saúde para Debate, n. 43, p. 62-78, 2008.

SILVA, S. F.(Org.). Rede de Atenção à Saúde no SUS: O Pacto pela Saúde e Rede regionalizadas de ações e serviços de saúde. Campinas: IDISA e CONASEMS, 2008.

FERNANDES, SILVIO. Rede de Atenção à Saúde no SUS. 2009 - 20 Anos/CONASEMS.

FLEURY, S.; MAFORT, A. L. M. Gestão de Rede: A Estratégia de Regionalização da Política de Saúde. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

FLEURY, S. A reforma Sanitária e o SUS: questões de sustentabilidade. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 12, n. 2, p. 307-317, 2007.

A Seguridade Social e os dilemas da inclusão social. *Revista de Administração Pública*, v. 39, n. 3, p. 449-469, 2005a.

FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA (ABRASCO, CEBES, ABRES, REDE UNIDA E AMPASA). O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade. 2006.

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO. SECRETARIA DE SAÚDE. Modelo de Atenção à Saúde. 2007-2010.

GIOVANELLA, L. Atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 2, n. 5, p. 951-963, 2006.

GERSCHMAN, S. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, n. 20, v. 6, p. 1670-1681, 2004.

GIL, A. C.; LICHT, R. H. G.; YAMAUCHI, N. I. Regionalização da Saúde e Consciência Regional. *Hygeia*, v. 2, n.3, p. 35-46, 2006.

GILLIES, R. R.; SHORTELL, S. M.; ANDERSON, D. A.; MITCHELL, J. B.; MORGAN, K. L. Conceptualizing and measuring integration: findings from the health systems integration study. *Hospital & Health Services Administration*, v. 38, n. 04, p.467-89, 1993.

GUIMARÃES, L.; GIOVANELLA, L. Entre a cooperação e a competição: percursos da descentralização do setor saúde no Brasil. *Revista Panamericana de Saúde Pública*, v. 16, n. 4, p. 283-288, 2004.

HAM, C. Clinically Integrated Systems: the next step in English health reform? Briefing Paper. The Nuffild Trust, 2007.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da Atenção e Integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". *Cadernos de Saúde Pública*, V. 20, Sup. 2, 2004.

IDISA/CAMPINAS-SP - SEMINÁRIO DE REDE INTERFEDERATIVAS DE SAÚDE, fev. 2008, LENIR SANTOS - A organização político- administrativa do SUS de acordo com a conformação jurídico-constitucional inserta no art. 198 da CF: Rede interfederativas de serviços de atenção à saúde.

INSTITUTO BRASILEIRO DE ESTATÍSTICA E GEOGRAFIA - IBGE. Perfil dos Municípios Brasileiros 2006. Rio de Janeiro: IBGE, 2007. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 16 jul. 2008.

Diretoria de Pesquisas. Departamento de População e Indicadores Sociais. Divisão de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. *Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 1980-2050 - Revisão 2000*.

KUSCHNIR, R. A Construção da Regionalização: Nota Técnica sobre O PACTO PELA SAÚDE. Versão preliminar, Rio de Janeiro, ENSP, 2007.

LABRA, E. Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios. In: LIMA, N. T. et. al. *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: FICORUZ, 2005.

LEITE, JACQUELINE GAGMAR B. L.; SOUZA, H. F.; NASCIMENTO, ELIANA C. V. - Contratualização na Saúde: proposta de um Contrato Único para os Programa no Estado de Minas Gerais - *Revista de Administração em Saúde*, Vol. 12, nº 46 - jan/mar 2010 p. 15-22.

LEAT, P.; PINK, G. H.; GUERIERE, M. Towards a Canadian Model of integrated healthcare. *Health Care Papers*, v. 1, n. 2, p. 13-35, 2000.

LERNER, M. Modernization and health: a model of the health transition. Documento apresentado na Reunião Anual da American Public Health Association, São Francisco, Califórnia (inédito), 1973.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.6, n.2, p. 269-291, 2001.

LIMA, L. D. Federalismo, relações fiscais e financiamento do Sistema Único de Saúde: a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais. Rio de Janeiro: Museu da República, 2007a.

LONDOÑO, J. L.; FRENK J. Structured Pluralism: Towards a New Model for Health System Reform in Latin America. Washington, D.C.: World Bank, Technical Department for Latin America and the Caribbean, 1995.

LOUREIRO, M. R.; ABRÚCIO, F. L. POLÍTICA E BUROCRACIA NO PRESIDENCIALISMO BRASILEIRO: o papel do Ministério da Fazenda no primeiro governo Fernando Henrique Cardoso. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 14, n. 41, p. 69-89, 1999.

MACHADO, C. V. Direito universal, política nacional: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002. Rio de Janeiro: Editora do Museu da República, 2007.

MAFORT, A. L. M. Os Desafios da Gestão em Rede no SUS: situando a regionalização no centro da estratégia da política de saúde. *Revista Saúde em Debate*, v. , n. p. , 2008.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. N. O financiamento da atenção à saúde no Brasil. *Pesquisa Debate*, v. 12, n.1, p. 65-91, 2001.

MATOS, C. A.; POMPEU, J. C. Onde estão os contratos? Análise da relação entre os prestadores privados de serviços de saúde e o SUS. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 8, n. 2, p. 629-643, 2003.

MENDES, E. V. A Rede de atenção à saúde , Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de MG, 2009.

Sistemas Integrados de Serviços de Saúde: a reforma microeconômica dos sistemas de serviços de saúde. Mimeo, 2000.

MESA-LAGO, C. Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social. Santiago de Chile: Cepal - Naciones Unidas, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. DEPARTAMENTO DE APOIO À DESCENTRALIZAÇÃO. Nota Técnica DAD/SE n.º 35: Planilhas de Regionalização - Pacto pela Saúde e Territórios da Cidadania. Brasília, 24 de novembro de 2008.

MUR-VEEMAN, I.; VAN RAAK, A.; PAULUS, A.; STEENBERGEN, M. Comparison and reflection. *Integrated care in Europe*. Maarssen: Elsevier, 2003.

NASH, D.; SKOUFALOS, A.; HARTMAN, M.; HORWITZ, H. Practicing Medicine in the 21st Century. American College of Physicians Executives, 2006.

NAVARRETE, L. V. et al. ORGANIZACIONES SANITARIAS INTEGRADAS: UMA GUÍA PARA EL ANÁLISIS. *Revista Espanhola de Salud Pública*, v. 79, N. 06, p. 633-643, 2005.

ORGANIZACIONES SANITARIAS INTEGRADAS: UN ESTUDIO DE CASOS. Consorci Hospitalari de Catalunya 1ª Edicion, 2007, 260p.

NORONHA, J.C. et al. Avaliação da relação entre volume de procedimentos e qualidade do cuidado: o caso da cirurgia coronariana no SUS. Cadernos de Saúde Pública, v. 19, n. 06, p. 1781-1789, 2003.

NUOVO, J.(Ed.). Chronic Disease Management. New York, NY: Springer Science, 2007.

OMRAM, A. R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. Bulletin of the World Health Organization, v. 79, n. 2, p. 161-170, 2001.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA - UNESCO. Estudo sobre a Contratualização Hospitalar no Âmbito do SUS - Produto II - Relatório Técnico, mar. 2008.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE - OPAS. Sistemas Integrados de Servicios de Salud. Documento de Trabajo.VII Foro Regional - Fortalecimiento dos Sistemas de Salud Basados em APS. Quito, Ecuador: out. 2007.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - OMS. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - OPS. Rede Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para Su implementación en las Américas. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Washington DC: OMS/OPS, 2008.

PASCHE, D. F. et al. Paradoxos das políticas de descentralização de saúde no Brasil. Revista Panamericana de Salud Publica, v. 20, n. 6, p. 416-422, 2006.

PAIM, J. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. Notas para discussão nos Seminários Temáticos Permanentes. ANVISA/ISCUFBA. Brasília. 2001. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/cophr/relatorios/gestao_2000_2002/plano_trabalho_anexo-si.htm/modelos_assistenciais.pdf. Acesso em: 12 dez. 2008.

PAIM, J. S.;TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. Revista de Saúde Pública, v. 40, numero especial, p. 73-78, 2006.

PASCHE, D. F. A reforma necessária do SUS: inovações para a sustentabilidade da política pública de saúde. Ciência e Saúde Coletiva, v. 12, n. 2, p. 312-314, 2007.

RIBEIRO, J. M. Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupos de interesses no Sistema Único de Saúde (SUS). Cadernos de Saúde Pública, v. 13, n. 1, p. 81-92, 1997.

SALTMAN, R. B.; FIGUERAS J. Analyzing The Evidence On European Health Care Reforms. Health Affairs, v. 17, n. 02, p. 85-108, 1998.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. SUS: O ESPAÇO DA GESTÃO INOVADORA E DOS CONSENSOS INTERFEDERATIVOS. Aspectos jurídicos, administrativos e financeiros. Campinas: Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2007.

SANTOS, N. R. TÓPICOS PARA REFLEXÃO E FORMULAÇÃO DE ATUAÇÕES PELA MILITÂNCIA DA REFORMA SANITÁRIA E DO SUS. Brasília, 6ª Versão, mimeo, 2008.

SANTOS-PRECIADO, J. I. et al. La transición epidemiológica y los adolescentes em México. Salud Pública de México, v. 45, sup I 1, p. 140-152, 2003.

SCHRAMM, J. M. A et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.

SHORTELL, S.M. et al. Remaking Healthcare in America: building organized delivery systems. San Francisco, Editora Jossey- Bass, 1996.

SILVA, S. F.(Org.). Rede de Atenção à Saúde no SUS: O Pacto pela Saúde e Rede regionalizadas de ações e serviços de saúde. Campinas: IDISA e CONASEMS, 2008.

SILVA, S. F.; MAGALHÃES, E. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NA AGENDA DE PRIORIDADES DO SUS. Revista do CONASEMS, jan. 2008.

SOUZA, C. FEDERALISMO, DESENHO CONSTITUCIONAL E INSTITUIÇÕES FEDERATIVAS NO BRASIL PÓS-1988. Revista de Sociologia e Política, n. 24, p. 105-121, 2005.

TAVARES, M. C. Da Substituição de Importações ao Capitalismo Financeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 1972.

TODD, W. E.; NASH, D. B.(Ed.). Disease Management: A Systems Approach to Improving Patient Outcomes. New York, NY: American Hospital Publishing, 1997.

TODD, W.E. Strategic alliances. In: TODD, W.E. e NASH, D. (Ed.). Disease management: a systems approach to improving patient outcomes. Chicago: American Hospital Publishing Inc., 1996.

UGÁ, M. A. D.; SANTOS, I. S. UMA ANÁLISE DA EQUIDADE DO FINANCIAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO. Projeto Economia da Saúde - Cooperação Técnica Brasil - Reino Unido. Relatório de Pesquisa, 2005.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - UNICAMP. NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS - NEPP. O Setor Saúde e o Complexo da Saúde no Brasil. Campinas: UNICAMP, Caderno n. 46, 2000.

VILAÇA, EUGÊNIO MENDES - A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE - Belo Horizonte: ESP-MG, 2009, 848p.

X CONGRESSO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA. ALCOFORADO, FLÁVIO C. G., Contratualização e eficiência no setor público: as organizações sociais. Santiago, Chile. Out. 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES. Decentralization in Health Care. Brussels: Open University Press, European Observatory on Health Systems and Policies Series, 2006.

EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES. Making decisions on public health: a review of eight countries. Brussels: Open University Press, European Observatory on Health Systems and Policies Series, 2004.

Integrated Health Services - What and Why? Making Health Systems Work. Technical Brief, n. 01, 2008.

ZUCCH, I P.; NERO, C. D.; MALIK, A. M. GASTOS EM SAÚDE: OS FATORES QUE AGEM NA DEMANDA E NA OFERTA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE. Saúde e Sociedade, v. 9, n. 1/2, p. 127-150, 2000.

ANEXO II

Rede Cegonha (Origem: PRT MS/GM 1459/2011)

TÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º A Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 1º)

Art. 2º A Rede Cegonha tem como princípios: (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 2º)

I - o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 2º, I)

II - o respeito à diversidade cultural, étnica e racial; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 2º, II)

III - a promoção da equidade; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 2º, III)

IV - o enfoque de gênero; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 2º, IV)

V - a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 2º, V)

VI - a participação e a mobilização social; e (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 2º, VI)

VII - a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos estados. (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 2º, VII)

Art. 3º São objetivos da Rede Cegonha: (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 3º)

I - fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 3º, I)

II - organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 3º, II)

III - reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal. (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 3º, III)

Art. 4º A Rede Cegonha deve ser organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde materna e infantil para a população de determinado território, mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, do sistema de apoio, do sistema logístico e da governança da rede de atenção à saúde em consonância com o Anexo I, a partir das seguintes diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 4º)

I - garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 4º, I)

II - garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 4º, II)

III - garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 4º, III)

IV - garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade; e (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 4º, IV)

V - garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo. (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 4º, V)

Art. 5º A Rede Cegonha deve ser implementada, gradativamente, em todo território nacional respeitando-se critérios epidemiológicos, tais como taxa de mortalidade infantil, razão de mortalidade materna e densidade populacional. (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 5º)

Art. 6º A Rede Cegonha organiza-se a partir de quatro (4) Componentes, quais sejam: (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 6º)

I - Pré-Natal; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 6º, I)

II - Parto e Nascimento; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 6º, II)

III - Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 6º, III)

IV - Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação. (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 6º, IV)

Art. 7º Cada componente compreende uma série de ações de atenção à saúde, nos seguintes termos: (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º)

I - Componente Pré-Natal: (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, I)

a) realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, I, a)

b) acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, I, b)

c) acesso ao pré-natal de alto de risco em tempo oportuno; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, I, c)

d) realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, I, d)

e) vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, I, e)

f) qualificação do sistema e da gestão da informação; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, I, f)

g) implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, I, g)

h) prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites; e (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, I, h)

i) apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto, os quais serão regulamentados em ato normativo específico; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, I, i)

II - Componente Parto e Nascimento: (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, II)

a) suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo com as necessidades regionais; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, II, a)

b) ambiência das maternidades orientadas pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, de 2008, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, II, b)

c) práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996: "Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento"; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, II, c)

d) garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, II, d)

e) realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, II, e)

f) estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; e (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, II, f)

g) estímulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de co-gestão tratados na Política Nacional de Humanização; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, II, g)

III - Componente Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança: (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, III)

a) promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, III, a)

b) acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, III, b)

c) busca ativa de crianças vulneráveis; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, III, c)

d) implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, III, d)

e) prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites; e (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, III, e)

f) orientação e oferta de métodos contraceptivos; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, III, f)

IV - Componente Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação: (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, IV)

a) promoção, nas situações de urgência, do acesso ao transporte seguro para as gestantes, as puérperas e os recém nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU Cegonha), cujas ambulâncias de suporte avançado devem estar devidamente equipadas com incubadoras e ventiladores neonatais; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, IV, a)

b) implantação do modelo "Vaga Sempre", com a elaboração e a implementação do plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto; e (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, IV, b)

c) implantação e/ou implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como a regulação de urgências e a regulação ambulatorial (consultas e exames). (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, IV, c)

§ 1º Os municípios que não contam com serviços próprios de atenção ao parto e nascimento, incluídos os exames especializados na gestação, poderão aderir a Rede Cegonha no Componente Pré-Natal desde que programados e pactuados nos Colegiados de Gestão Regional (CGR). (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, § 1º)

§ 2º Os municípios mencionados no parágrafo § 1º deverão garantir o acesso de acordo com o desenho da Rede Cegonha Regional, que contemplará o mapa de vinculação das gestantes, enquadradas em Risco Habitual ou Alto Risco ao local de ocorrência do parto. (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, § 2º)

Art. 8º A operacionalização da Rede Cegonha dar-se-á pela execução de cinco fases: (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º)

I - FASE 1: Adesão e Diagnóstico: (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, I)

a) apresentação da Rede Cegonha no estado, Distrito Federal e municípios; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, I, a)

b) apresentação e análise da matriz diagnóstica conforme o Anexo 1 do Anexo II na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no Colegiado de Gestão da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF) e Colegiado de Gestão Regional (CGR); (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, I, b)

c) homologação da região inicial de implementação da Rede Cegonha na CIB e CGSES/DF; e (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, I, c)

d) instituição de Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha, formado pela Secretaria Estadual de Saúde (SES), Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems) e apoio institucional do Ministério da Saúde (MS), que terá como atribuições: (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, I, d)

1. mobilizar os dirigentes políticos do SUS em cada fase; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, I, d, 1)

2. apoiar a organização dos processos de trabalho voltados a implantação/implementação da rede; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, I, d, 2)

3. identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase; e (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, I, d, 3)

4. monitorar e avaliar o processo de implantação/implementação da rede; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, I, d, 4)

II - FASE 2: Desenho Regional da Rede Cegonha: (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, II)

a) realização pelo Colegiado de Gestão Regional e pelo CGSES/DF, com o apoio da SES, de análise da situação de saúde da mulher e da criança, com dados primários, incluindo dados demográficos e epidemiológicos, dimensionamento da demanda assistencial, dimensionamento da oferta assistencial e análise da situação da regulação, da avaliação e do controle, da vigilância epidemiológica, do apoio diagnóstico, do transporte e da auditoria e do controle externo, entre outros; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, II, a)

b) pactuação do Desenho da Rede Cegonha no Colegiado de Gestão Regional (CGR) e no CGSES/DF; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, II, b)

c) elaboração da proposta de Plano de Ação Regional, pactuado no Colegiado de Gestão Regional e homologado pela CIB, e no CGSES/DF, com a programação da atenção integral à saúde materna e infantil, incluindo as atribuições, as responsabilidades e o aporte de recursos necessários pela União, pelo estado, pelo Distrito Federal e pelos municípios envolvidos. Na sequência, serão elaborados os planos de ação municipais dos municípios integrantes do CGR; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, II, c)

d) estímulo à instituição do Fórum Rede Cegonha que tem como finalidade a construção de espaços coletivos plurais, heterogêneos e múltiplos para participação cidadã na construção de um novo modelo de atenção ao parto e nascimento, mediante o acompanhamento e contribuição na implementação da Rede Cegonha na Região; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, II, d)

III - FASE 3: Contratualização dos Pontos de Atenção: (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, III)

a) elaboração do desenho da Rede Cegonha no município; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, III, a)

b) contratualização pela União, pelo estado, pelo Distrito Federal ou pelo município dos pontos de atenção da Rede Cegonha observadas as responsabilidades definidas para cada componente da Rede; e (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, III, b)

c) instituição do Grupo Condutor Municipal em cada município que compõe o CGR, com apoio institucional da SES; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, III, c)

IV - FASE 4: Qualificação dos componentes: (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, IV)

a) realização das ações de atenção à saúde definidas para cada componente da Rede, previstas no art. 7º; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, IV, a)

b) cumprimento das metas relacionadas às ações de atenção à saúde definidas para cada componente da Rede, previstas no art. 7º, que serão acompanhadas de acordo com os indicadores do Plano de Ação Regional e dos Planos de Ação Municipais; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, IV, b)

V - FASE 5: Certificação, que será concedida pelo Ministério da Saúde ao gestor do SUS anualmente após a realização das ações de atenção à saúde previstas no art. 7º, avaliadas na Fase de Qualificação dos Componentes. (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, V)

§ 1º O Grupo Condutor da Rede Cegonha no Distrito Federal será composto pela Secretaria de Saúde e Colegiado de Gestão da SES/DF, com apoio institucional do MS, e terá as mesmas atribuições do Grupo Condutor Estadual, descritas no art. 8º, I, alínea d. (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, § 1º)

§ 2º O Plano de Ação Regional e o Plano de Ação Municipal serão os documentos orientadores para a execução das fases de implementação da Rede Cegonha, assim como para o repasse dos recursos, monitoramento e a avaliação da implementação da Rede Cegonha (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, § 2º)

§ 3º A Contratualização dos Pontos de Atenção é o meio pelo qual o gestor, seja ele o município, o estado, o Distrito Federal ou a União, estabelece metas quantitativas e qualitativas do processo de atenção à saúde, com o(s) ponto(s) de atenção à saúde da Rede Cegonha sob sua gestão, de acordo com o Plano de Ação Regional e os Planos de Ação Municipais. (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, § 3º)

§ 4º A verificação do cumprimento das ações de atenção à saúde definidas para cada Componente da Rede será realizada anualmente pelo Ministério da Saúde, de forma compartilhada com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, § 4º)

§ 5º O Ministério da Saúde apoiará o Grupo Condutor Estadual no acompanhamento e avaliação do processo de pactuação e execução do Plano de Ação Regional e do Plano de Ação Municipal. (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, § 5º)

Art. 9º Para operacionalização da Rede Cegonha cabe: (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 9º)

I - à União, por intermédio do Ministério da Saúde: apoio à implementação, financiamento, nos termos descritos neste Anexo, monitoramento e avaliação da Rede Cegonha em todo território nacional; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 9º, I)

II - ao estado, por meio da Secretaria Estadual de Saúde: apoio à implementação, coordenação do Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha, financiamento, monitoramento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede Cegonha no território estadual de forma regionalizada; e (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 9º, II)

III - ao município, por meio da Secretaria Municipal de Saúde: implementação, coordenação do Grupo Condutor Municipal da Rede Cegonha, financiamento, monitoramento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede Cegonha no território municipal. (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 9º, III)

Art. 10. No âmbito do Ministério da Saúde a coordenação da Rede Cegonha cabe à Secretaria de Atenção à Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 12)

TÍTULO II

DAS DIRETRIZES PARA IMPLANTAÇÃO E HABILITAÇÃO DE CENTRO DE PARTO NORMAL (CPN)

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

(Origem: PRT MS/GM 11/2015, CAPÍTULO I)

Art. 11. Este Título define as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do SUS, para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 1º)

Art. 12. Para efeito deste Título, considera-se: (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 2º)

I - alojamento conjunto: uma unidade de cuidados hospitalares em que o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permanece ao lado da mãe, 24 (vinte e quatro) horas por dia, no mesmo ambiente, até a alta hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 2º, I)

II - atenção humanizada ao parto e nascimento: respeito ao parto como experiência pessoal, cultural, sexual e familiar, fundamentada no protagonismo e autonomia da mulher, que participa ativamente com a equipe das decisões referentes ao seu parto; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 2º, II)

III - gestação de baixo risco: gestação na qual os fatores de risco indicam que a morbimortalidade materna e perinatal são iguais ou menores do que as da população em geral, sem necessidade de se utilizar alta densidade tecnológica; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 2º, III)

IV - parto de baixo risco: parturiente com gestação atual considerada de baixo risco e história reprodutiva sem fatores de risco materno e fetal, com avaliação obstétrica no momento da admissão que evidencie um trabalho de parto eutócico; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 2º, IV)

V - parto normal: trabalho de parto de início espontâneo, sem indução, sem aceleração, sem utilização de intervenções como fórceps ou cesariana e sem uso de anestesia geral, raquiana ou peridural durante o trabalho de parto e parto; e (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 2º, V)

VI - quarto pré-parto, parto e puerpério (PPP): espaço destinado ao pré-parto, parto e puerpério, privativo para cada mulher e seu acompanhante, onde a atenção aos períodos clínicos do parto e do nascimento ocorre no mesmo ambiente, da internação à alta, com ambiência adequada à Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/ANVISA, de 3 de junho de 2008, que dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 2º, VI)

Art. 13. Constitui CPN a unidade de saúde destinada à assistência ao parto de baixo risco pertencente a um estabelecimento hospitalar, localizada em suas dependências internas ou imediações, nos termos deste Título. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 3º)

§ 1º Os CPN são classificados em: (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 3º, § 1º)

I - CPN Intra-Hospitalar (CPNi) Tipo I; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 3º, § 1º, I)

II - CPN Intra-Hospitalar (CPNi) Tipo II; e (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 3º, § 1º, II)

III - CPN Peri-Hospitalar (CPNp). (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 3º, § 1º, III)

§ 2º O estabelecimento hospitalar poderá possuir mais de uma unidade de CPN, conforme a necessidade local/regional identificada no Plano de Ação Regional da Rede Cegonha e mediante pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 3º, § 2º)

CAPÍTULO II**DA CONSTITUIÇÃO E HABILITAÇÃO COMO CPN NO ÂMBITO DA REDE CEGONHA**
(Origem: PRT MS/GM 11/2015, CAPÍTULO II)**Seção I****Dos Requisitos de Constituição de CPN em Conformidade com a Rede Cegonha**
(Origem: PRT MS/GM 11/2015, CAPÍTULO II, Seção I)

Art. 14. São requisitos para a constituição da unidade como CPN: (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 4º)

I - possuir estrutura física e equipamentos mínimos, nos termos do art. 15; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 4º, I)

II - observar os requisitos específicos para cada tipo de CPN, nos termos art. 16; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 4º, II)

III - possuir a equipe mínima de que trata o art. 17; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 4º, III)

IV - possuir estabelecimento hospitalar de referência, observado o disposto no art. 18; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 4º, IV)

V - garantir a condução da assistência ao parto de baixo risco, puerpério fisiológico e cuidados com recém-nascido sadio, da admissão à alta, por obstetriz ou enfermeiro obstétrico; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 4º, V)

VI - garantir a continuidade do cuidado nos diferentes níveis de complexidade pelo estabelecimento hospitalar de referência, incluindo acesso diagnóstico e terapêutico; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 4º, VI)

VII - garantir a assistência imediata à mulher e ao recém-nascido nas intercorrências obstétricas e neonatais; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 4º, VII)

VIII - ofertar orientações para o planejamento familiar e saúde sexual e reprodutiva após o parto, com promoção da continuidade deste planejamento na atenção básica em saúde; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 4º, VIII)

IX - garantir o fornecimento de relatório de alta e orientações pós-alta, de forma a promover a continuidade do cuidado pela equipe da atenção básica em saúde; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 4º, IX)

X - possuir protocolos que orientem a linha de cuidado materna e infantil e protocolos assistenciais que promovam a segurança e a humanização do cuidado, assegurando as boas práticas de atenção ao parto e nascimento; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 4º, X)

XI - possuir rotinas que favoreçam a proteção do período sensível e o contato pele a pele imediato e ininterrupto entre a mulher e o recém-nascido, de forma a promover o vínculo, com a participação do pai, quando couber; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 4º, XI)

XII - alimentar regularmente os sistemas de informação nacionais vigentes e monitorar periodicamente os indicadores estabelecidos no Anexo 7 do Anexo II; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 4º, XII)

XIII - possuir protocolos de admissão no CPN e de assistência ao trabalho de parto, parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido por enfermeiro obstétrico/obstetriz; e (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 4º, XIII)

XIV - cumprir as exigências técnicas relativas a segregação, descarte, acondicionamento, coleta, transporte, tratamento e disposição final dos resíduos sólidos de serviços de saúde, nos termos da Resolução - RDC nº 306/ANVISA, de 7 de dezembro de 2004. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 4º, XIV)

Parágrafo Único. A unidade que não possuir os protocolos de que trata o inciso XIII, deverá pactua-los juntamente com as equipes de atenção obstétrica e neonatal do estabelecimento hospitalar de referência, imediatamente após a habilitação do CPN. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 15. A estrutura física do CPN deverá atender o disposto no Anexo 6 do Anexo II e na Resolução - RDC nº 36/ANVISA, de 2008, no que se refere às finalidades e dimensões mínimas necessárias para cada ambiente, e ao disposto no Anexo 8 do Anexo II, quanto aos equipamentos mínimos necessários para seu funcionamento adequado. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 5º)

Art. 16. Cada tipo de CPN deverá observar aos seguintes requisitos específicos: (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 6º)

I - CPNi Tipo I: (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 6º, I)

a) estar localizado nas dependências internas do estabelecimento hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 6º, I, a)

b) possuir ambientes fins exclusivos da unidade, tais como recepção e sala de exames, quartos PPP, área de deambulação, posto de enfermagem e sala de serviço, podendo compartilhar os ambientes de apoio; e (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 6º, I, b)

c) garantir a permanência da mulher e do recém-nascido no quarto PPP, da admissão à alta; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 6º, I, c)

II - CPNi Tipo II: (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 6º, II)

a) estar localizado nas dependências internas do estabelecimento hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 6º, II, a)

b) possuir ambientes compartilhados com o restante da maternidade, como recepção, sala de exames, posto de enfermagem, sala de serviço e outros ambientes de apoio; e (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 6º, II, b)

c) garantir a permanência da mulher e do recém-nascido no quarto PPP durante o pré-parto e parto, podendo, após o puerpério imediato, serem transferidos para o alojamento conjunto; e (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 6º, II, c)

III - CPNp: (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 6º, III)

a) estar localizado nas imediações do estabelecimento hospitalar de referência, a uma distância que deve ser percorrida em tempo inferior a 20 (vinte) minutos do respectivo estabelecimento, em unidades de transporte adequadas; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 6º, III, a)

b) garantir a transferência da mulher e do recém-nascido para o estabelecimento hospitalar de referência, nos casos eventuais de risco ou intercorrências, em unidades de transporte adequadas, nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e nos 7 (sete) dias da semana; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 6º, III, b)

c) ter como referência os serviços de apoio do estabelecimento ao qual pertence ou está vinculado, nos termos do Anexo 6 do Anexo II; e (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 6º, III, c)

d) garantir a permanência da mulher e do recém-nascido no quarto PPP, da admissão à alta. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 6º, III, d)

§ 1º O requisito de que trata a alínea "a" do inciso III do "caput" poderá ser excepcionado quando os estabelecimentos de saúde forem considerados estratégicos para a qualificação da atenção obstétrica e neonatal na região e/ou no município, mediante solicitação do gestor de saúde, após pactuação prévia na Comissão Intergestores

Regional (CIR) e/ou na CIB, com inclusão do estabelecimento no Plano de Ação Regional da Rede Cegonha. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 6º, § 1º)

§ 2º Excepcionalmente, o CPNp poderá ser vinculado à Secretaria de Saúde Estadual, do Distrito Federal ou Municipal, desde que com referência hospitalar estabelecida, nos termos deste Título. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 6º, § 2º)

§ 3º O CPN poderá ser composto por: (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 6º, § 3º)

I - 3 (três) quartos PPP, com produção mínima de 480 (quatrocentos e oitenta) partos anuais e média de 40 (quarenta) partos mensais; e (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 6º, § 3º, I)

II - 5 (cinco) quartos PPP, com produção mínima de 840 (oitocentos e quarenta) partos anuais e média de 70 (setenta) partos mensais. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 6º, § 3º, II)

§ 4º A produção de partos anuais de que trata o § 2º será acompanhada periodicamente pelo gestor local de saúde e pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 6º, § 4º)

Art. 17. Cada CPN deverá possuir a seguinte equipe mínima: (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º)

I - CPNi Tipo I e Tipo II com 3 (três) quartos PPP: (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º, I)

a) 1 (um) enfermeiro obstétrico ou obstetriz como coordenador do cuidado, responsável técnico pelo CPN, sendo profissional horizontal com carga horária semanal de 40 (quarenta) horas de trabalho, 8 (oito) horas por dia; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º, I, a)

b) 1 (um) enfermeiro obstétrico ou obstetriz com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º, I, b)

c) 1 (um) técnico de enfermagem com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana; e (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º, I, c)

d) 1 (um) auxiliar de serviços gerais com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º, I, d)

II - CPNi Tipo I e Tipo II com 5 (cinco) quartos PPP: (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º, II)

a) 1 (um) enfermeiro obstétrico ou obstetriz como coordenador do cuidado, responsável técnico pelo CPN, sendo profissional horizontal com carga horária semanal de trabalho de 40 (quarenta) horas, 8 (oito) horas por dia; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º, II, a)

b) 1 (um) enfermeiro obstétrico ou obstetriz com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º, II, b)

c) 2 (dois) técnicos de enfermagem com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana; e (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º, II, c)

d) 1 (um) auxiliar de serviços gerais, com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º, II, d)

III - CPNp com 3 (três) quartos PPP: (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º, III)

a) 1 (um) enfermeiro obstétrico ou obstetriz como coordenador do cuidado, responsável técnico pelo CPN, sendo profissional horizontal com carga horária semanal de trabalho de 40 (quarenta) horas, 8 (oito) horas por dia; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º, III, a)

b) enfermeiro obstétrico ou obstetriz com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana, nas seguintes quantidades mínimas: (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º, III, b)

1. 1 (um), durante a presença do coordenador do cuidado de que trata a alínea "a"; e (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º, III, b, 1)

2. 2 (dois), durante as escalas noturnas, de finais de semana e feriados, bem como nas ausências prolongadas do coordenador do cuidado de que trata a alínea "a"; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º, III, b, 2)

c) 1 (um) técnico de enfermagem com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana; e (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º, III, c)

d) 1 (um) auxiliar de serviços gerais, com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º, III, d)

IV - CPNp com 5 (cinco) quartos PPP: (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º, IV)

a) 1 (um) enfermeiro obstétrico ou obstetriz como coordenador do cuidado, responsável técnico pelo CPN, sendo profissional horizontal com carga horária semanal de trabalho de 40 (quarenta) horas, 8 (oito) horas por dia; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º, IV, a)

b) 2 (dois) enfermeiros obstétricos ou obstetrizes com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º, IV, b)

c) 1 (um) técnico de enfermagem com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana; e (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º, IV, c)

d) 1 (um) auxiliar de serviços gerais, com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º, IV, d)

§ 1º O enfermeiro obstétrico ou obstetriz coordenador do cuidado também exercerá as atividades de assistência relativas ao cuidado materno e neonatal. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º, § 1º)

§ 2º Os enfermeiros obstétricos que atuam nos CPN deverão apresentar certificado de especialista na área de enfermagem obstétrica, consubstanciado em especialização "latu sensu" ou programa de residência. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º, § 2º)

§ 3º O enfermeiro obstétrico ou obstetriz deverá dar continuidade aos cuidados materno e infantil no alojamento conjunto das mulheres e recém-nascidos assistidos no CPNi Tipo II, bem como alta hospitalar das mulheres com puerpério fisiológico e recém-nascidos saudáveis. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º, § 3º)

§ 4º A parteira tradicional poderá ser incluída no cuidado à mulher no CPN, em regime de colaboração com o enfermeiro obstétrico ou obstetriz, quando for considerado adequado, de acordo com as especificidades regionais e culturais e o desejo da mulher. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º, § 4º)

Art. 18. Cabe ao estabelecimento hospitalar de referência do CPN garantir equipe de retaguarda 24 (vinte e quatro) horas por dia, nos 7 (sete) dias da semana, composta por médico obstetra, médico anestesista e médico pediatra ou neonatologista, que prestará o pronto atendimento às solicitações e aos encaminhamentos da equipe do CPN. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 8º)

Parágrafo Único. Quando necessário, o estabelecimento hospitalar também deverá garantir o acesso da mulher e do recém-nascido a profissionais de saúde de outras especialidades não elencadas no "caput". (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 8º, Parágrafo Único)

Seção II

Da Habilitação como CPN no Âmbito da Rede Cegonha
(Origem: PRT MS/GM 11/2015, CAPÍTULO II, Seção II)

Art. 19. Para habilitação da unidade como CPN, os gestores de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios deverão encaminhar requerimento, por meio físico, ao Ministério da Saúde, acompanhado dos seguintes documentos: (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 9º)

I - Resolução da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou do Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF) que contemple a inclusão da unidade como CPN no Desenho Regional da Rede Cegonha; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 9º, I)

II - declaração do gestor estadual, distrital ou municipal de saúde que ateste a existência de recursos humanos mínimos e infraestrutura adequada para o funcionamento da unidade como CPN, nos termos dos arts. 15, 16, 17 e 18 do Anexo II; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 9º, II)

III - atualização, pelo gestor estadual, distrital ou municipal de saúde das informações referentes ao estabelecimento hospitalar no Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), incluindo-se as relativas à unidade com pedido de habilitação como CPN; e (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 9º, III)

IV - planta baixa do projeto arquitetônico do estabelecimento de saúde, aprovado pelo órgão de vigilância sanitária local, indicando o CPN com nomenclatura dos espaços físicos, inclusive indicando os ambientes de apoio, conforme o disposto no Anexo 6 do Anexo II. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 9º, IV)

§ 1º Para a habilitação de CPNp vinculado à Secretaria de Saúde estadual, do Distrito Federal ou municipal, e não a um estabelecimento hospitalar, nos termos do art. 16, § 1º, será anexado, ainda, documento que indique o estabelecimento hospitalar de retaguarda assistencial assinado pelo respectivo gestor estadual, distrital ou municipal de saúde e pelo dirigente do estabelecimento hospitalar de referência, observado o disposto no art. 18. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 9º, § 1º)

§ 2º Os modelos dos documentos de que trata este artigo encontram-se no portal do Ministério da Saúde, cujo acesso poderá ser realizado por meio do endereço eletrônico <http://www.saude.gov.br/redecegonha>. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 9º, § 2º)

Art. 20. A solicitação de habilitação de CPN de que trata o art. 19 será avaliada pelo Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES/SAS/MS), com realização, se necessário, de visita técnica "in loco", com emissão de parecer conclusivo sobre o pedido. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 10)

Parágrafo Único. Em caso de aprovação da solicitação de que trata o "caput", a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) providenciará a publicação de portaria específica de habilitação da unidade como CPN. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 10, Parágrafo Único)

CAPÍTULO III

DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO
(Origem: PRT MS/GM 11/2015, CAPÍTULO IV)

Art. 21. O monitoramento de que trata a regulamentação do Centro de Parto Normal (CPN) não dispensa o ente federativo beneficiário de comprovação da aplicação dos recursos financeiros percebidos por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG). (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 41)

Art. 22. Na hipótese de execução integral do objeto originalmente pactuado e verificada sobra de recursos financeiros, o ente federativo poderá efetuar o remanejamento dos recursos e a sua aplicação nos termos da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 42)

Art. 23. Nos casos em que for verificada a não execução integral do objeto originalmente pactuado e a existência de recursos financeiros repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, distrital e municipais não executados, seja parcial ou totalmente, o ente federativo estará sujeito à devolução dos recursos financeiros transferidos e não executados, acrescidos da correção monetária prevista em lei, observado o regular processo administrativo. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 43)

Art. 24. Nos casos em que for verificado que os recursos financeiros transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde foram executados, total ou parcialmente, em objeto distinto ao originalmente pactuado, aplicar-se-á o regramento disposto na Lei Complementar nº 141, de 3 de janeiro de 2012, e no Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 44)

Art. 25. Com o término da obra referente ao CPN, o ente federativo e o estabelecimento hospitalar privado sem fins lucrativos beneficiário assumirão a manutenção preventiva dos respectivos CPN pelo prazo mínimo de 5 (cinco) anos, como condição para continuar na Rede Cegonha e, depois desse prazo, para receber eventuais novos recursos financeiros. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 45)

Art. 26. Como condição para recebimento de eventuais novos recursos financeiros no âmbito da Rede Cegonha, o estado, o Distrito Federal ou o município beneficiário informará o início, andamento, conclusão e posteriores manutenções preventivas da obra, incluindo-se dados referentes ao projeto, contratação, localização geográfica, fotos anteriores ao início da obra, fotos correspondentes às etapas de execução da obra e demais informações requeridas pelo Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB). (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 46)

Art. 27. O monitoramento e a avaliação dos CPN, incluindo-se a produção e os indicadores descritos no Anexo 7 do Anexo II, é de responsabilidade das respectivas Secretarias de Saúde estaduais, distrital e municipais. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 47)

Parágrafo Único. O monitoramento e a avaliação de que tratam o "caput" terão o acompanhamento técnico periódico do Ministério da Saúde, por meio do DAPES/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 47, Parágrafo Único)

Art. 28. O Ministério da Saúde, de forma compartilhada com os estados, Distrito Federal e municípios, acompanhará as informações sobre as ações executadas pelos CPN, podendo determinar a suspensão do respectivo repasse financeiro e a desabilitação do CPN, caso constatado o não cumprimento dos requisitos de constituição e habilitação estabelecidos no Capítulo II do Título II. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 48)

§ 1º A suspensão do repasse dos recursos financeiros do CPN será determinada se verificado o descumprimento de um ou mais dos seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 48, § 1º)

I - equipe multiprofissional mínima de saúde incompleta que atua em CPNp ou CPNi tipos I e II; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 48, § 1º, I)

II - infraestrutura para o funcionamento adequado do CPNp ou CPNi tipos I e II divergente do estabelecido no Anexo 6 do Anexo II; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 48, § 1º, II)

III - não garantia de equipe de retaguarda 24 (vinte e quatro) horas ao dia; e (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 48, § 1º, III)

IV - produção mínima de partos insuficiente conforme dimensão do CPN, registrada em Autorização de Internação Hospitalar (AIH). (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 48, § 1º, IV)

§ 2º O gestor de saúde terá prazo máximo de 90 (noventa) dias, após recebimento de notificação da suspensão pela SAS/MS, para demonstrar a regularização do cumprimento dos requisitos de que trata o § 1º. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 48, § 2º)

§ 3º Para fins do disposto no § 2º, o Ministério da Saúde, após verificar o cumprimento dos requisitos de que trata o § 1º, providenciará a regularização do repasse dos recursos financeiros do CPN. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 48, § 3º)

§ 4º Na hipótese do § 3º, a unidade não fará jus ao recebimento dos recursos financeiros referentes ao período de vigência da suspensão do repasse. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 48, § 4º)

§ 5º Caso não seja demonstrada pelo gestor de saúde a regularização do cumprimento dos requisitos de que trata o § 1º, o Ministério da Saúde providenciará a desabilitação do CPN. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 48, § 5º)

§ 6º O gestor de saúde poderá solicitar nova habilitação do CPN desabilitado a qualquer tempo, desde que cumpridas as exigências estabelecidas neste Título. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 48, § 6º)

CAPÍTULO IV

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

(Origem: PRT MS/GM 11/2015, CAPÍTULO V)

Art. 29. As Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, com apoio técnico do Ministério da Saúde, estabelecerão rotinas de acompanhamento e supervisão que garantam o cumprimento dos objetivos dos CPN de promover a humanização e a qualidade do atendimento à mulher e ao recém-nascido na assistência ao parto e ao nascimento. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 49)

Parágrafo Único. O DAPES/SAS/MS prestará cooperação técnica e orientações para atuação dos CPN. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 49, Parágrafo Único)

Art. 30. O procedimento 03.10.01.005-5 PARTO NORMAL EM CENTRO DE PARTO NORMAL (CPN), constante da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, será utilizado para registro das ações realizadas pelo CPN no âmbito da Rede Cegonha, nos termos do Anexo 9 do Anexo II. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 51)

Art. 31. O CPN habilitado nos termos deste Título não será remunerado especificamente pela quantidade de procedimentos realizados, quando apresentar AIH com o Procedimento 03.10.01.005-5-PARTO NORMAL EM CENTRO DE PARTO NORMAL (CPN) em estabelecimentos de saúde com as seguintes habilitações: (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 52)

I - 14.10 Unidade de Centro de Parto Normal intra-hospitalar tipo I 3PPP; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 52, I)

II - 14.11 Unidade de Centro de Parto Normal intra-hospitalar tipo I 5PPP; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 52, II)

III - 14.12 Unidade de Centro de Parto Normal peri-hospitalar 5 PPP; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 52, III)

IV - 14.17 Unidade de Centro de Parto Normal peri-hospitalar 3 PPP; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 52, IV)

V - 14.18 Unidade de Centro de Parto Normal intra-hospitalar tipo II 3 PPP; e (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 52, V)

VI - 14.19 Unidade de Centro de Parto Normal intra-hospitalar tipo II 5 PPP. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 52, VI)

Parágrafo Único. O CPN habilitado nos termos deste Título será remunerado por meio do incentivo de custeio mensal de que trata a Subseção V da Seção III do Capítulo I do Título VIII da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 52, Parágrafo Único)

Art. 32. Os recursos financeiros para a execução das atividades de que tratam este Título serão oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar: (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 53)

I - em relação ao incentivo financeiro de custeio mensal para funcionamento de CPNi ou CPNp, o Programa de Trabalho 10.302.2015.8585.0001 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade; e (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 53, I)

II - em relação aos incentivos financeiros de custeio para reforma de unidades e de investimento para ampliação de unidades e aquisição de equipamentos e materiais permanentes, o Programa de Trabalho 10.302.2015.20R4.0001 - Apoio à Implementação da Rede Cegonha. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 53, II)

Art. 33. O repasse dos recursos financeiros de que trata este Título está condicionado à disponibilidade orçamentária e financeira do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 54)

Art. 34. A constituição, a habilitação e o funcionamento dos CPN deverão atender as regras e diretrizes técnicas fixadas pelo Ministério da Saúde, cujo acesso encontra-se disponível no endereço eletrônico <http://www.saude.gov.br/redecegonha>, sem prejuízo de outras regras previstas na legislação vigente. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 55)

Art. 35. Os estabelecimentos de saúde já tratados como CPN nos termos da Portaria nº 985/GM/MS, de 5 de agosto de 1999, que não se adequam aos requisitos deste Título, continuarão classificados como CPN e apresentando informações de sua produção no âmbito do SUS por meio de AIH, sem alteração na forma de financiamento. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 56)

TÍTULO III

DAS DIRETRIZES DE ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE NA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

Art. 36. Ficam instituídos os princípios e diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e definidos os critérios para a implanta o e habilita o dos serviços de referência   Aten o   Saúde na Gesta o de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha, na forma dos Anexos 10 e 11 do Anexo II desta Portaria e do Anexo LXII da Portaria de Consolida o n  6. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 1 )

Parágrafo  nico. A Aten o   Saúde na Gesta o de Alto Risco deve ser compreendida como o conjunto de a o es e serviços que abrange a aten o   gestante de alto risco, ao recém-nascido de risco e   puérpera de risco, na forma do Anexo 11 do Anexo II. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 1 , Parágrafo  nico)

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

(Origem: PRT MS/GM 1020/2013, CAPÍTULO I)

Art. 37. Para os fins deste Título, serão consideradas as seguintes definições: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 2 )

I - gesta o, parto e nascimento: fen menos fisiológicos que devem ser parte de uma experiência de vida saudável envolvendo mudanças dinâmicas do ponto de vista físico, social e emocional; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 2 , I)

II - gesta o, parto e puer rio de risco: situações nas quais a saúde da mulher apresenta complicações no seu estado de saúde por doenças preexistentes ou intercorrências da gravidez no parto ou puer rio, geradas tanto por fatores orgânicos quanto por fatores socioecon micos e demográficos desfavoráveis; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 2 , II)

III - risco materno: risco avaliado a partir das probabilidades de repercussões desfavoráveis no organismo da mulher em consequência das condições identificadas no inciso II do "caput" deste artigo; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 2º, III)

IV - risco fetal: risco avaliado a partir das condições de risco materno e da pesquisa de vitalidade, maturidade, desenvolvimento e crescimento fetal; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 2º, IV)

V - risco neonatal: risco avaliado a partir da conjugação de situações de riscos sociais e pessoais maternos com as condições do recém-nascido, com maior risco de evolução desfavorável de sua saúde; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 2º, V)

VI - encaminhamento responsável na gestação de alto risco: processo pelo qual a gestante de alto risco é encaminhada a um serviço de referência, tendo o cuidado garantido no estabelecimento de origem até o momento do encaminhamento, com o trânsito facilitado entre os serviços de saúde de forma a ter assegurado o atendimento adequado; e (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 2º, VI)

VII - acolhimento: processo constitutivo das práticas que implicam a responsabilização da equipe de saúde pela gestante, puérpera, e pelo recém-nascido, desde a chegada ao estabelecimento de saúde até a sua alta, garantindo bem estar e inclusão. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 2º, VII)

Art. 38. A Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco observará os seguintes princípios e diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 3º)

I - universalidade, equidade e integralidade; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 3º, I)

II - humanização da atenção, ofertando atenção adequada, em tempo oportuno na gestação de acordo com suas necessidades e condições clínicas; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 3º, II)

III - atenção à saúde baseada nos direitos sexuais e reprodutivos, em consonância com a Política de Atenção Integral da Saúde da Mulher (PNAISM) e com a Política Nacional de Humanização (PNH), ambas disponíveis no endereço eletrônico www.saude.gov.br, e com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) previstas no documento "Assistência ao parto normal: um guia prático - 1996"; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 3º, III)

IV - acolhimento com avaliação de risco e vulnerabilidade em todos os pontos de atenção; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 3º, IV)

V - regionalização da atenção à saúde, com articulação entre os diversos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS), conforme pactuação local; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 3º, V)

VI - atenção multiprofissional e interdisciplinar, com práticas clínicas compartilhadas e baseadas em evidências; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 3º, VI)

VII - regulação de acesso; e (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 3º, VII)

VIII - controle social. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 3º, VIII)

Art. 39. A organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco deve contemplar todos os níveis de complexidade, com definição dos pontos de atenção e competências correspondentes, considerando a importância da abordagem integral às gestantes conforme suas especificidades relacionadas às condições clínicas, socioeconômicas e demográficas. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 4º)

CAPÍTULO II DO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, CAPÍTULO II)

Art. 40. A atenção ao pré-natal de alto risco será realizada de acordo com as singularidades de cada usuária, com integração à atenção básica, a qual cabe a coordenação do cuidado, com garantia de atenção à saúde progressiva, continuada e acessível a todas as mulheres. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 5º)

§ 1º O encaminhamento ao pré-natal de alto risco será realizado, prioritariamente, pela atenção básica, que deverá assegurar o cuidado da gestante até sua vinculação ao serviço referenciado para alto risco. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 5º, § 1º)

§ 2º A equipe de atenção básica deverá realizar o monitoramento da efetiva realização do pré-natal de alto risco no estabelecimento referenciado. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 5º, § 2º)

Art. 41. O serviço de pré-natal deverá manter formalizada a referência da maternidade que fará o atendimento da gestante de alto risco sob sua responsabilidade na hora do parto. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 6º)

Parágrafo Único. A gestante deverá estar vinculada e informada quanto à maternidade que realizará seu parto, de modo a evitar peregrinação. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 6º, Parágrafo Único)

Art. 42. São atribuições da atenção básica no pré-natal de alto risco: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 7º)

I - captação precoce da gestante de alto risco, com busca ativa das gestantes; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 7º, I)

II - estratificação de risco; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 7º, II)

III - visitas domiciliares às gestantes de sua população adscrita; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 7º, III)

IV - acolhimento e encaminhamento responsável ao estabelecimento que realiza o pré-natal de alto risco, por meio da regulação; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 7º, IV)

V - acolhimento e encaminhamento responsável de urgências e emergências obstétricas e neonatais; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 7º, V)

VI - vinculação da gestante ao pré-natal de alto risco; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 7º, VI)

VII - coordenação e continuidade do cuidado; e (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 7º, VII)

VIII - acompanhamento do plano de cuidados elaborado pela equipe multiprofissional do estabelecimento que realiza o pré-natal de alto risco. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 7º, VIII)

§ 1º Uma vez encaminhada para o acompanhamento em serviço ambulatorial especializado em pré-natal de alto risco, a gestante será orientada a não perder o vínculo com a equipe de atenção básica que iniciou o seu acompanhamento. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 7º, § 1º)

§ 2º O serviço ambulatorial especializado em pré-natal de alto risco manterá a equipe da atenção básica informada acerca da evolução da gravidez e dos cuidados à gestante encaminhada. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 7º, § 2º)

Art. 43. O pré-natal de alto risco poderá ser realizado nos seguintes estabelecimentos: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 8º)

I - Unidade Básica de Saúde (UBS), quando houver equipe especializada ou matriciamento; e (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 8º, I)

II - ambulatórios especializados, vinculados ou não a um hospital ou maternidade. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 8º, II)

Parágrafo Único. A organização da atenção referente ao pré-natal de alto risco em cada um dos estabelecimentos previstos nos incisos do caput, com fluxos, regulação e financiamento, será objeto de portaria específica. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 8º, Parágrafo Único)

Art. 44. Os estabelecimentos de saúde que realizam pré-natal de alto risco deverão: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 9º)

I - acolher e atender a gestante de alto risco referenciada; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 9º, I)

II - elaborar e atualizar, por meio de equipe multiprofissional, o Projeto Terapêutico Singular e o Plano de Parto, segundo protocolo específico a ser instituído por cada estabelecimento; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 9º, II)

III - garantir maior frequência nas consultas de pré-natal para maior controle dos riscos, de acordo com Manual de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde, disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br/sas; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 9º, III)

IV - realizar atividades coletivas vinculadas à consulta individual para trocas de experiências com outras gestantes e acompanhantes; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 9º, IV)

V - garantir a realização dos exames complementares de acordo com evidências científicas e parâmetros estabelecidos em regulamentação específica, incluindo exames específicos para o pai, quando necessário; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 9º, V)

VI - garantir o acesso aos medicamentos necessários, procedimentos diagnósticos e internação, de acordo com a necessidade clínica de cada gestante e com diretrizes clínicas baseadas em evidências em saúde; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 9º, VI)

VII - manter as vagas de consultas de pré-natal disponíveis para regulação pelas Centrais de Regulação; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 9º, VII)

VIII - assegurar o encaminhamento, quando for o caso, ao centro de referência para atendimento à gestante portadora de HIV/Aids; e (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 9º, VIII)

IX - alimentar os sistemas de informação disponibilizados pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 9º, IX)

CAPÍTULO III

DOS SERVIÇOS HOSPITALARES DE REFERÊNCIA À GESTAÇÃO DE ALTO RISCO (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, CAPÍTULO III)

Seção I

Disposições Gerais (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, CAPÍTULO III, Seção I)

Art. 45. São atribuições dos serviços hospitalares de referência à Atenção à Gestação de Alto Risco: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 10)

I - cumprir os requisitos vigentes para a atenção hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 10, I)

II - adequar a ambiência da maternidade às normas estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 10, II)

III - receber todas as gestantes vinculadas pela atenção básica e/ou aquelas encaminhadas pela Central de Regulação para atender as intercorrências durante a gestação e realização de parto; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 10, III)

IV - implantar o acolhimento com classificação de risco (ACCR); (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 10, IV)

V - adotar boas práticas de atenção ao parto e nascimento, segundo as recomendações do Manual Técnico publicado pelo Ministério da Saúde, disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br/sas, e protocolos para a atenção à gestante de risco, contemplando Plano de Parto, de acordo com a estratificação de risco; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 10, V)

VI - estimular a utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 10, VI)

VII - disponibilizar métodos farmacológicos de alívio da dor; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 10, VII)

VIII - permitir a presença de acompanhante de livre escolha da mulher em todo o período de trabalho de parto, parto e puerpério; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 10, VIII)

IX - apresentar planos de adequação aos índices de cesariana, episiotomia e ocitocina recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), no documento "Assistência ao parto normal: um guia prático -1996", e definidos neste Título; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 10, IX)

X - garantir a privacidade da mulher durante o período de trabalho de parto e parto; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 10, X)

XI - estimular a realização do parto, em todas as suas fases, quais sejam pré-parto, parto e puerpério imediato, em um único ambiente, com opção de adoção de posições que proporcionem maior conforto para a mulher, resguardada a possibilidade de transferência da puérpera para alojamento conjunto no pós-parto; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 10, XI)

XII - disponibilizar área para deambulação durante o trabalho de parto; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 10, XII)

XIII - utilizar metodologias que garantam assistência segura no aborto espontâneo, incluindo-se o Método de Aspiração Manual Intra-Uterina (AMIU) até a 12ª semana; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 10, XIII)

XIV - apoiar e promover o aleitamento materno, com adoção dos "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno" do Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 10, XIV)

XV - estimular a constituição de Colegiado Gestor Materno-Infantil, conforme previsto no Anexo II; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 10, XV)

XVI - desenvolver atividades de educação permanente para as equipes multiprofissionais, por iniciativa própria ou por meio de cooperação; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 10, XVI)

XVII - fornecer ações e serviços de orientação de planejamento reprodutivo pós-parto e pós-abortamento à puérpera no momento da alta hospitalar, assim como encaminhamento para consulta de puerpério e puericultura após a alta hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 10, XVII)

XVIII - realizar ações e serviços de vigilância e investigação do óbito materno, fetal e infantil; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 10, XVIII)

XIX - alimentar e atualizar os sistemas de informação obrigatórios do SUS; e (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 10, XIX)

XX - realizar pesquisas de satisfação da usuária, abordando, entre outros temas, a violência institucional. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 10, XX)

Seção II

Da Habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência à Geração de Alto Risco
(Origem: PRT MS/GM 1020/2013, CAPÍTULO III, Seção II)

Art. 46. Considerada a capacidade tecnológica e o perfil de recursos humanos dos serviços de Atenção à Geração de Alto Risco, e em conformidade com os critérios dispostos neste Título, os estabelecimentos de saúde de referência na Atenção à Geração de Alto Risco classificam-se como: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 11)

I - Tipo 1; e (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 11, I)

II - Tipo 2. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 11, II)

Parágrafo Único. A classificação em Tipo 1 ou Tipo 2 refere-se exclusivamente à estrutura do serviço, não havendo hierarquização entre eles. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 11, Parágrafo Único)

Art. 47. São critérios para habilitação de estabelecimentos hospitalares de referência em Atenção à Geração de Alto Risco, independentemente da classificação: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 12)

I - apresentar relatório de vistoria realizada in loco pela Vigilância Sanitária local, com avaliação das condições de funcionamento do estabelecimento hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 12, I)

II - ter constituídas e em permanente funcionamento as comissões obrigatórias pertinentes aos estabelecimentos hospitalares; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 12, II)

III - realizar atendimento em urgência e emergência obstétrica nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 12, III)

IV - fornecer retaguarda às urgências e emergências obstétricas e neonatais atendidas pelos outros pontos de atenção de menor complexidade que compõem a Rede Cegonha em sua Região de Saúde e garantir o encaminhamento responsável; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 12, IV)

V - implantar protocolo de acolhimento com classificação de risco no atendimento às urgências obstétricas, ginecológicas e neonatal; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 12, V)

VI - estruturar equipe horizontal gestora do cuidado em obstetrícia e neonatologia, com, no mínimo, médico obstetra, enfermeiro e médico pediatra; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 12, VI)

VII - manter todos os leitos cadastrados no Sistema Único de Saúde (SUS) disponíveis para regulação pelas Centrais de Regulação; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 12, VII)

VIII - alimentar e atualizar os sistemas de informação obrigatórios do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 12, VIII)

IX - garantir vinculação de vaga para gestante, recém-nascido e puérpera de risco, com estabelecimento de fluxo e encaminhamento responsável; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 12, IX)

X - implantar Método Canguru, nos termos do Título II do Anexo X da Portaria de Consolidação nº 2, e do Título IV; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 12, X)

XI - manter alojamento conjunto, possibilitando ao neonato a permanência junto à mãe, sempre que possível; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 12, XI)

XII - proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável nos casos de internação, inclusive nas hipóteses de internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e Unidades de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCo); (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 12, XII)

XIII - manter taxa de ocupação mínima de oitenta e cinco por cento para os leitos obstétricos e noventa por cento para os leitos de UTI, UCI Neonatal Convencional e UCI Neonatal Canguru (UCINCa); (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 12, XIII)

XIV - disponibilizar hemocomponentes nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana, com apresentação do documento de formalização de seu fornecimento, nos termos da Portaria nº 1.353/GM/MS, de 13 de junho de 2011, e da Resolução da Diretoria Colegiada nº 151, de 21 de agosto de 2001, da ANVISA; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 12, XIV)

XV - apresentar o número total de partos realizados nos últimos dois anos, conforme Banco de Dados Nacional do Sistema de Informação Hospitalar, com seus respectivos desfechos; e (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 12, XV)

XVI - constituir e manter em funcionamento o Núcleo Hospitalar de Epidemiologia, nos termos das normas de vigilância em saúde vigentes; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 12, XVI)

Art. 48. Para serem habilitados como estabelecimentos hospitalares de referência em Atenção à Geração de Alto Risco Tipo 1, além dos critérios previstos no art. 47, os estabelecimentos hospitalares deverão cumprir os seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13)

I - comprovar taxa de cirurgia cesariana menor ou igual a trinta por cento ou apresentar um plano de redução das taxas de cirurgias cesarianas em dez por cento ao ano até atingir a taxa estabelecida; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13, I)

II - manter quantidade de leitos de geração de alto risco para atendimento ao SUS, conforme necessidade estabelecida pela programação da Rede Cegonha e contemplada no Plano de Ação Regional; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13, II)

III - disponibilizar Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo), nos termos do Título IV, no prazo de até um ano da data da habilitação do estabelecimento hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13, III)

IV - dispor de um leito equipado para estabilização da gestante ou puérpera até transferência para UTI Adulto de referência, pactuada em outro estabelecimento, quando não contar com UTI Adulto própria; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13, IV)

V - dispor da seguinte infraestrutura para exames e serviços no estabelecimento hospitalar em período integral, nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13, V)

a) ultrassonografia; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13, V, a)

b) eletrocardiografia; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13, V, b)

c) cardiocotografia; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13, V, c)

d) serviço de radiologia; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13, V, d)

e) laboratório clínico; e (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13, V, e)

f) posto de coleta de leite humano; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13, V, f)

VI - garantir o acesso à ultrassonografia com "doppler", caso necessário; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13, VI)

VII - dispor de equipe para a atenção à Gestação de Alto Risco composta pelos seguintes profissionais: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13, VII)

a) assistente social; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13, VII, a)

b) enfermeiro, de preferência enfermeiro obstetra; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13, VII, b)

c) médico anestesiológista; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13, VII, c)

d) médico obstetra; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13, VII, d)

e) médico pediatra; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13, VII, e)

f) nutricionista; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13, VII, f)

g) psicólogo; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13, VII, g)

h) farmacêutico; e (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13, VII, h)

i) técnico de enfermagem; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13, VII, i)

VIII - garantir acesso nas especialidades médicas e demais procedimentos diagnósticos de acordo com a necessidade e quadro clínico da usuária. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13, VIII)

§ 1º Excepcionalmente, em situações nas quais a maternidade se configura como a única referência regional para gestação de alto risco, a redução anual prevista no Plano de Redução de Cirurgias Cesarianas poderá ser ajustada para cinco por cento ao ano, desde que pactuado com o gestor de saúde local. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13, § 1º)

§ 2º A critério do gestor de saúde local, o Plano de Redução de Cirurgias Cesarianas poderá contemplar também o acompanhamento das taxas municipais e regionais, além das taxas específicas por estabelecimento. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13, § 2º)

§ 3º Os profissionais enfermeiro, médico anestesiológista, médico obstetra, médico pediatra e técnico de enfermagem deverão estar disponíveis nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13, § 3º)

Art. 49. Para serem habilitados como estabelecimentos hospitalares de referência em Atenção à Gestação de Alto Risco Tipo 2, além dos critérios previstos no art. 47, os estabelecimentos hospitalares de saúde deverão cumprir os seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14)

I - comprovar taxa de cirurgia cesariana menor ou igual a trinta e cinco por cento ou apresentar um plano de redução das taxas de cirurgias cesarianas em dez por cento ao ano até atingir a taxa estabelecida; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, I)

II - dispor de equipe para a atenção à gestante, à puérpera e ao recém-nascido, composta pelos seguintes profissionais: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, II)

a) assistente social; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, II, a)

b) enfermeiro obstetra; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, II, b)

c) fisioterapeuta; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, II, c)

d) fonoaudiólogo; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, II, d)

e) médico anestesiológista; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, II, e)

f) médico clínico geral; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, II, f)

g) médico obstetra; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, II, g)

h) médico neonatologista ou intensivista pediatra; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, II, h)

i) médico pediatra; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, II, i)

j) nutricionista; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, II, j)

k) farmacêutico; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, II, k)

l) psicólogo; e (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, II, l)

m) técnico de enfermagem; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, II, m)

III - dispor da seguinte infraestrutura para exames e serviços no estabelecimento em período integral de vinte e quatro horas durante sete dias da semana: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, III)

a) ultrassonografia com doppler; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, III, a)

b) eletrocardiografia; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, III, b)

c) cardiotocografia; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, III, c)

d) serviço de radiologia; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, III, d)

e) laboratório clínico; e (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, III, e)

f) Banco de Leite Humano, ou posto de coleta com referência pactuada a um Banco de Leite Humano, com fluxos e rotinas de encaminhamentos descritos e aprovados pela Vigilância Sanitária local; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, III, f)

IV - garantir acesso de apoio nas especialidades médicas e demais procedimentos diagnósticos de acordo com a necessidade e quadro clínico da usuária; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, IV)

V - disponibilizar UTIN, nos termos do Título IV, no prazo de até doze meses, contado da data de habilitação do estabelecimento hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, V)

§ 1º Excepcionalmente, em situações nas quais a maternidade se configura como a única referência regional para Gestação de Alto Risco, a redução anual prevista no Plano de Redução de Cirurgias Cesarianas poderá ser ajustada para cinco por cento ao ano, desde que pactuado com o gestor de saúde local. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, § 1º)

§ 2º A critério do gestor de saúde local, o Plano de Redução de Cirurgias Cesarianas poderá contemplar também o acompanhamento das taxas municipais e regionais, além das taxas específicas por estabelecimento. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, § 2º)

§ 3º Os profissionais enfermeiro, médico anestesiologista, médico clínico geral, médico obstetra, médico neonatologista ou intensivista pediatria, médico pediatria e técnico de enfermagem deverão estar disponíveis nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, § 3º)

Art. 50. A solicitação de habilitação será encaminhada à Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres (CGSM/DAPES/SAS/MS) pelo gestor de saúde estadual, do Distrito Federal ou municipal, acompanhada dos seguintes documentos: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 15) (com redação dada pela PRT MS/GM 1376/2014) (com redação dada pela PRT MS/GM 1536/2016)

I - ofício de solicitação, cujo modelo de formulário para solicitação de habilitação do estabelecimento hospitalar de referência em Atenção à Geração de Alto Risco Tipo 1 ou Tipo 2 será disponibilizados no endereço eletrônico do Ministério da Saúde, em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1747. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 15, I)

II - resolução da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou do Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF), que contemple a inclusão do estabelecimento hospitalar na Rede Cegonha e pactuação de atendimento em UTI Adulto, quando necessária; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 15, II)

III - declaração do gestor de saúde estadual, do Distrito Federal ou Municipal que ateste a existência dos recursos humanos e da infraestrutura para o funcionamento do serviço hospitalar de referência em Atenção à Geração de Alto Risco solicitado, de acordo com os critérios de habilitação previstos neste Título; e (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 15, III)

IV - relatório de vistoria realizada in loco pela Vigilância Sanitária local. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 15, IV)

Parágrafo Único. A CGSM/DAPES/SAS/MS emitirá parecer conclusivo sobre a solicitação de habilitação encaminhada. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 15, Parágrafo Único) (com redação dada pela PRT MS/GM 1536/2016)

Art. 51. A habilitação dos estabelecimentos hospitalares de referência em Atenção à Geração de Alto Risco poderá ser cancelada ou suspensa a qualquer momento se descumprido qualquer requisito previsto neste Título. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 16)

CAPÍTULO IV

DA CASA DA GESTANTE, BEBÊ E PUERPERA (CGBP) (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, CAPÍTULO IV)

Art. 52. A Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) é uma residência provisória de cuidado à gestação de alto risco para usuárias em situação de risco, identificadas pela Atenção Básica ou Especializada, e terá as seguintes características: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 17)

I - capacidade para acolhimento de dez, quinze ou vinte usuárias, entre gestantes, puérperas com recém-nascidos e puérperas sem recém-nascidos; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 17, I)

II - vinculação a um estabelecimento hospitalar de referência em Atenção à Geração de Alto Risco Tipo 1 ou Tipo 2; e (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 17, II)

III - situar-se preferencialmente nas imediações do estabelecimento hospitalar ao qual pertence, em um raio igual ou inferior a cinco quilômetros do estabelecimento ao qual esteja vinculada (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 17, III)

§ 1º A responsabilidade técnica e administrativa pela CGBP é do estabelecimento hospitalar ao qual esteja vinculada, incluindo o transporte para a gestante, recém-nascido e puérpera para atendimento imediato às intercorrências, de acordo com a necessidade clínica. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 17, § 1º)

§ 2º Excepcionalmente, a CGBP poderá ser instalada a uma distância superior a cinco quilômetros do estabelecimento hospitalar ao qual esteja vinculada, desde que observados os seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 17, § 2º)

I - localização no mesmo Município do estabelecimento hospitalar de referência; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 17, § 2º, I)

II - justificativa e pactuação prévia na CIB; e (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 17, § 2º, II)

III - encaminhamento para conhecimento da CGHOSP/DAE/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 17, § 2º, III)

§ 3º A CGBP deverá dispor de ambientes específicos, tais como dormitório, banheiro, sala e cozinha, todos separados entre si, adequados ao número de usuários previsto. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 17, § 3º)

Art. 53. A CGBP tem como objetivo apoiar o cuidado às gestantes, recém-nascidos e puérperas em situação de risco, contribuindo para um cuidado adequado às situações que demandem vigilância e proximidade dos serviços hospitalares de referência, embora não haja necessidade de internação hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 18)

§ 1º A CGBP deve contribuir para a utilização racional dos leitos hospitalares obstétricos e neonatais nos estabelecimentos hospitalares de referência à Geração de Alto Risco ao qual estejam vinculadas, com vistas à redução da morbimortalidade materna e perinatal. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 18, § 1º)

§ 2º A CGBP somente admitirá usuários que se enquadrem nas situações descritas no caput, não se confundindo com Abrigo, Albergue ou Casa de Passagem. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 18, § 2º)

Art. 54. A CGBP deverá garantir: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 19)

I - acolhimento, orientação, acompanhamento, hospedagem e alimentação às gestantes, puérperas e recém-nascidos em situação de risco que necessitem de acompanhamento supervisionado pela equipe de referência do estabelecimento hospitalar ao qual esteja vinculada; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 19, I)

II - assistência à saúde garantida pelo estabelecimento hospitalar durante a permanência na CGBP, de acordo com as necessidades clínicas dos usuários; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 19, II)

III - visita aberta, com horários ampliados e flexíveis; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 19, III)

IV - acompanhamento por enfermeiro de segunda à sexta-feira, em regime de quarenta horas semanais; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 19, IV)

V - acompanhamento por técnico de enfermagem nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 19, V)

VI - cuidados na prevenção e tratamento da infecção puerperal e ações da primeira semana direcionadas à puérpera e recém-nascidos; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 19, VI)

VII - insumos, materiais, suprimentos e limpeza da CGBP; e (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 19, VII)

VIII - manutenção da estrutura física e dos equipamentos. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 19, VIII)

Art. 55. A equipe da CGBP deverá ser composta, no mínimo, por: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 20)

I - um coordenador técnico-administrativo; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 20, I)

II - enfermeiro responsável disponível de segunda a sexta-feira, com supervisão do enfermeiro do hospital de referência no final de semana e no período da noite; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 20, II)

III - técnico de enfermagem disponível nas vinte e quatro horas do dia durante os sete dias da semana; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 20, III)

IV - auxiliar de limpeza durante sete dias da semana; e (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 20, IV)

V - visita médica, de acordo com o quadro clínico, segundo o plano de cuidados, ou quando solicitada pela equipe de enfermagem. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 20, V)

Parágrafo Único. O enfermeiro responsável poderá acumular a função de coordenador técnico-administrativo. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 20, Parágrafo Único)

Art. 56. A inclusão da gestante, do recém-nascido e da puérpera na CGBP será feita pelo estabelecimento hospitalar ao qual esteja vinculada, a partir de demanda da Atenção Básica ou da Atenção Especializada, de acordo com os critérios de regulação estabelecidos pelo gestor de saúde local, observando os seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 21)

I - para a gestante: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 21, I)

a) necessitar de atenção diária pela equipe de saúde, por apresentar situação de vulnerabilidade; e (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 21, I, a)

b) necessitar de vigilância mais frequente de suas condições de saúde em regime ambulatorial, acompanhada de dificuldade de deslocamento frequente em decorrência de distância e/ou outros obstáculos ao deslocamento; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 21, I, b)

II - para o recém-nascido clinicamente estável: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 21, II)

a) estar em recuperação nutricional, necessitando de atenção diária da equipe de saúde, embora sem exigência de vigilância constante em ambiente hospitalar; e (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 21, II, a)

b) necessitar de adaptação de seus cuidadores no manejo de cuidados específicos que serão realizados, posteriormente, no domicílio; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 21, II, b)

III - para a puérpera: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 21, III)

a) necessitar de atenção diária à saúde, sem exigência de vigilância constante em ambiente hospitalar; e (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 21, III, a)

b) quando o recém-nascido encontrar-se internado em UTIN ou UCIN no estabelecimento hospitalar e houver dificuldade para o deslocamento frequente da mãe. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 21, III, b)

Parágrafo Único. Preferencialmente, as vagas para as puérperas que necessitem permanecer na CGBP em razão de internação do recém-nascido na UTIN ou na UCINCo não ultrapassarão trinta por cento da capacidade de ocupação da CGBP, devendo-se garantir a disponibilidade da permanência da mãe ao lado do recém-nascido em período integral durante a internação. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 21, Parágrafo Único)

Art. 57. O estabelecimento hospitalar responsável pela CGBP deverá registrar e atualizar as seguintes informações das gestantes, bebês e puérperas: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 22)

I - nome; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 22, I)

II - endereço completo, incluindo o Município de origem; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 22, II)

III - motivo da admissão; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 22, III)

IV - taxa de ocupação; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 22, IV)

V - tempo médio de permanência; e (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 22, V)

VI - média de ganho de peso diário do bebê durante a permanência na CGBP. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 22, VI)

Art. 58. O gestor de saúde responsável solicitará à CGSM/DAPES/SAS/MS pedido de habilitação da CGBP, com o encaminhamento dos seguintes documentos: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 23) (com redação dada pela PRT MS/GM 1536/2016) (com redação dada pela PRT MS/GM 1376/2014)

I - comprovação dos requisitos previstos nos arts. 52 e 55 do Anexo II ; e (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 23, I)

II - Declaração do gestor de saúde acerca do cumprimento dos requisitos previstos no art. 54. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 23, II)

CAPÍTULO V

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

(Origem: PRT MS/GM 1020/2013, CAPÍTULO VI)

Art. 59. Cada Unidade da Federação deverá pactuar na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou no Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF) a implantação de pelo menos um serviço de atenção às mulheres em situação de violência sexual, incluindo-se a interrupção da gravidez prevista em lei, observadas as seguintes regras: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 34)

I - Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento e Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, do Ministério da Saúde, disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br/sas; e (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 34, I)

II - Portaria nº 1.508/GM/MS, de 1º de setembro de 2005, que dispõe sobre o procedimento de justificação e autorização da interrupção da gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 34, II)

~~**Art. 60.** Fica alterado, para 31 de dezembro de 2017, o prazo para atualização da habilitação dos estabelecimentos anteriormente habilitados como referência em Gestação de Alto Risco pela Portaria nº 3.477/GM/MS, de 20 de agosto de 1998. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 37) (com redação dada pela PRT MS/GM 1536/2016) (com redação dada pela PRT MS/GM 1481/2017)~~

Art. 60. Fica alterado, para 31 de outubro de 2018, o prazo para atualização da habilitação dos estabelecimentos anteriormente habilitados como referência em Gestação de Alto Risco pela Portaria nº 3.477/GM/MS, de 20 de agosto de 1998. [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2221 de 23.07.2018\)](#)

Parágrafo Único. As maternidades que não atualizarem a habilitação no prazo estabelecido perderão a habilitação como referência para Gestação de Alto Risco e, consequentemente, a condição de registro de AIH para partos e cesarianas em gestação de alto risco (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 37, Parágrafo Único) (com redação dada pela PRT MS/GM 1481/2017)

Art. 61. O Ministério da Saúde publicará um modelo de Plano de Ação para redução de taxas de cirurgias cesarianas. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 38)

Art. 62. O modelo de formulário para solicitação de habilitação do estabelecimento hospitalar de referência em Atenção à Gestação de Alto Risco Tipo 1 ou Tipo 2 será disponibilizado no endereço eletrônico do Ministério da Saúde: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1747. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 39)

Art. 63. Fica determinado que a habilitação de novas maternidades de referência em Gestação de Alto Risco não possui prazo determinado e devem seguir as diretrizes, critérios e parâmetros da Portaria nº 1.020/GM/MS, de 29 de maio de 2013. (Origem: PRT MS/GM 1481/2017, Art. 2º)

TÍTULO IV

DAS DIRETRIZES E OBJETIVOS PARA A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO INTEGRAL E HUMANIZADA AO RECÉM-NASCIDO GRAVE OU POTENCIALMENTE GRAVE E OS CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO E HABILITAÇÃO DE LEITOS DE UNIDADE NEONATAL NO ÂMBITO DO SUS

Art. 64. Este Título define as diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidades Neonatal no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 1º)

Art. 65. Para os fins deste Título, considera-se recém-nascido a criança com idade entre 0 (zero) a 28 (vinte e oito) dias de vida. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 2º)

CAPÍTULO I

DAS DIRETRIZES E OBJETIVOS DA ATENÇÃO INTEGRAL E HUMANIZADA AO RECÉM-NASCIDO GRAVE OU POTENCIALMENTE GRAVE (Origem: PRT MS/GM 930/2012, CAPÍTULO I)

Art. 66. São diretrizes para a atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave: (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 3º)

I - o respeito, a proteção e o apoio aos direitos humanos; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 3º, I)

II - promoção da equidade; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 3º, II)

III - integralidade da assistência; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 3º, III)

IV - atenção multiprofissional, com enfoque nas necessidades do usuário; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 3º, IV)

V - atenção humanizada; e (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 3º, V)

VI - estímulo à participação e ao protagonismo da mãe e do pai nos cuidados ao recém-nascido. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 3º, VI)

Art. 67. São objetivos da atenção integral ao recém-nascido grave ou potencialmente grave: (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 4º)

I - organizar a Atenção a Saúde Neonatal para que garanta acesso, acolhimento e resolutividade; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 4º, I)

II - priorizar ações que visem à redução da morbimortalidade perinatal e neonatal e que possibilitem o desenvolvimento saudável do recém-nascido e sua integração na família e sociedade; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 4º, II)

III - garantir acesso aos diferentes níveis da assistência neonatal, por meio da melhoria da organização do acesso aos serviços e ampliação da oferta de leitos em unidades neonatal; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 4º, III)

IV - induzir a formação e qualificação de recursos humanos para a atenção ao recém-nascido, que deverá ultrapassar exclusivamente a preocupação técnica/tecnológica, incorporando os referenciais conceituais e organizacionais do SUS; e (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 4º, IV)

V - induzir a implantação de mecanismos de regulação, fiscalização, controle e avaliação da assistência prestada aos recém-nascidos graves ou potencialmente graves no SUS. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 4º, V)

CAPÍTULO II

DA ORGANIZAÇÃO DOS LEITOS DE UNIDADES NEONATAL (Origem: PRT MS/GM 930/2012, CAPÍTULO II)

Art. 68. A Unidade Neonatal é um serviço de internação responsável pelo cuidado integral ao recém-nascido grave ou potencialmente grave, dotado de estruturas assistenciais que possuam condições técnicas adequadas à prestação de assistência especializada, incluindo instalações físicas, equipamentos e recursos humanos. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 5º)

§ 1º As Unidades Neonatal devem articular uma linha de cuidados progressivos, possibilitando a adequação entre a capacidade instalada e a condição clínica do recém-nascido. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 5º, § 1º)

§ 2º Os recém-nascidos que necessitem dos cuidados específicos de Unidade Neonatal e que se encontrem em locais que não disponham destas unidades devem receber os cuidados necessários até sua transferência para uma Unidade Neonatal, que deverá ser feita após estabilização do recém-nascido e com transporte sanitário adequado, realizado por profissional habilitado. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 5º, § 2º)

Art. 69. As Unidades Neonatal são divididas de acordo com as necessidades do cuidado, nos seguintes termos: (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 6º)

I - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN); (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 6º, I)

II - Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN), com duas tipologias: (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 6º, II)

a) Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo); e (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 6º, II, a)

b) Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa). (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 6º, II, b)

Parágrafo Único. Poderá ser implantada, alternativamente, uma Unidade Neonatal de 10 (dez) leitos com um subconjunto de leitos, na proporção de 4 (quatro) leitos de UTIN para 4 (quatro) leitos de UCINCo e 2 (dois) leitos de UCINCa. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 6º, Parágrafo Único) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 3389/2013)

Art. 70. O número de leitos de Unidades Neonatal atenderá ao seguinte parâmetro de necessidade populacional: para cada 1000 (mil) nascidos vivos poderão ser contratados 2 (dois) leitos de UTIN, 2 (dois) leitos de UCINCo e 1 (um) leito de UCINCa. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 7º)

§ 1º A UCINCa somente funcionará em unidade hospitalar que conte com UCINCo, de forma anexa ou como subconjunto de leitos de uma UCINCo. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 7º, § 1º)

§ 2º O conjunto de leitos de Cuidados Intermediários, UCINco e UCINca, conterá, no mínimo, 1/3 (um terço) de leitos de UCINca. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 7º, § 2º) (com redação dada pela PRT MS/GM 3389/2013)

§ 3º A Unidade Neonatal que contar com leitos de UTIN, UCINco e UCINca deverá contar com, no mínimo, 10 (dez) leitos totais em ambiente contíguo, compartilhando a mesma equipe prevista para UTIN de que trata os arts. 76 e 77 do Anexo II. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 7º, § 3º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 3389/2013)

§ 4º Na abertura de Unidades Neonatais que contar com leitos de UTIN, UCINco e UCINca com módulos de 10 (dez) leitos, deverá ser considerada a proporção prevista no art. 69, parágrafo único. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 7º, § 4º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 3389/2013)

§ 5º A Unidade Neonatal terá custeio de acordo com a tipologia de cada leito, na proporção de 4 (quatro) leitos de UTIN para 4 (quatro) leitos de UCINco e 2 (dois) leitos de UCINca. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 7º, § 5º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 3389/2013)

Art. 71. Para novos estabelecimentos de saúde que disponham de maternidade e que possuam também UTIN ou UCIN é obrigatória a previsão, no projeto arquitetônico de sua área física, de alojamento para as mães cujos recém-nascidos estiverem internados em UTIN ou UCIN, de forma a garantir condições para o cumprimento do direito do recém-nascido a acompanhar em tempo integral. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 8º)

Art. 72. Serão habilitadas pelo Ministério da Saúde as novas Unidades Neonatal, bem como as já existentes que se adequarem aos requisitos deste Título. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 9º)

Seção I

Do Serviço de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)
(Origem: PRT MS/GM 930/2012, CAPÍTULO II, Seção I)

Art. 73. UTIN são serviços hospitalares voltados para o atendimento de recém-nascido grave ou com risco de morte, assim considerados: (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 10)

I - recém-nascidos de qualquer idade gestacional que necessitem de ventilação mecânica ou em fase aguda de insuficiência respiratória com FIO2 maior que 30% (trinta por cento); (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 10, I)

II - recém-nascidos menores de 30 semanas de idade gestacional ou com peso de nascimento menor de 1.000 gramas; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 10, II)

III - recém-nascidos que necessitem de cirurgias de grande porte ou pós-operatório imediato de cirurgias de pequeno e médio porte; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 10, III)

IV - recém-nascidos que necessitem de nutrição parenteral; e (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 10, IV)

V - recém-nascidos que necessitem de cuidados especializados, tais como uso de cateter venoso central, drogas vasoativas, prostaglandina, uso de antibióticos para tratamento de infecção grave, uso de ventilação mecânica e Fração de Oxigênio (FIO2) maior que 30% (trinta por cento), exsanguineotransfusão ou transfusão de hemoderivados por quadros hemolíticos agudos ou distúrbios de coagulação. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 10, V) (com redação dada pela PRT MS/GM 3389/2013)

Art. 74. As UTIN deverão cumprir os seguintes requisitos de Humanização: (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 11)

I - controle de ruído; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 11, I)

II - controle de iluminação; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 11, II)

III - climatização; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 11, III)

IV - iluminação natural, para as novas unidades; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 11, IV)

V - garantia de livre acesso a mãe e ao pai, e permanência da mãe ou pai; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 11, V)

VI - garantia de visitas programadas dos familiares; e (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 11, VI)

VII - garantia de informações da evolução dos pacientes aos familiares, pela equipe médica, no mínimo, uma vez ao dia. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 11, VII)

Art. 75. Para fins de habilitação como UTIN, o serviço hospitalar deverá dispor de equipe multiprofissional especializada, equipamentos específicos próprios e tecnologia adequada ao diagnóstico e terapêutica dos recém-nascidos graves ou com risco de morte. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 12) (com redação dada pela PRT MS/GM 3389/2013)

Parágrafo Único. A UTIN poderá ser dos tipos II e III. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 12, Parágrafo Único)

Subseção I

Da UTIN Tipo II

(Origem: PRT MS/GM 930/2012, CAPÍTULO II, Seção I, Subseção I)

Art. 76. Para habilitação como a UTIN tipo II, o serviço hospitalar deverá contar com a seguinte estrutura mínima: (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13)

I - funcionar em estabelecimento hospitalar cadastrado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e que possuam no mínimo 80 (oitenta) leitos gerais, dos quais 20 leitos obstétricos, com a seguinte estrutura mínima: (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, I)

a) centro cirúrgico; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, I, a)

b) serviço radiológico convencional; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, I, b)

c) serviço de ecodopplercardiografia; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, I, c)

d) hemogasômetro 24 horas; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, I, d)

e) Banco de Leite Humano ou unidade de coleta; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, I, e)

II - contar com ambiência e estrutura física que atendam às normas estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, II)

III - dispor dos seguintes materiais e equipamentos: (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, III)

a) material e equipamento para reanimação: 1 (um) para cada 5 (cinco) leitos, de acordo com o estabelecido no Anexo 12 do Anexo II; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, III, a)

b) monitor de beira de leito para monitorização contínua de frequência cardíaca, cardioscopia, oximetria de pulso e pressão não invasiva, frequência respiratória e temperatura: 1 (um) para cada leito; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, III, b)

c) ventilador pulmonar mecânico microprocessado: 1 (um) para cada 2 (dois) leitos, com reserva operacional de 1 (um) equipamento para cada 5 (cinco) leitos, devendo dispor cada equipamento de, no mínimo, 2 (dois) circuitos completos; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, III, c)

d) ventilador pulmonar específico para transporte, com bateria: 1 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, III, d)

e) equipamento para infusão contínua e controlada de fluidos ("bomba de infusão"): 3 (três) equipamentos por leito, com reserva operacional de 1 (um) para cada 3 (três) leitos; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, III, e)

f) conjunto de nebulização, em máscara: 1 (um) para cada leito; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, III, f)

g) conjunto padronizado de beira de leito contendo estetoscópio, fita métrica, ressuscitador manual tipo balão auto-inflável com máscara e reservatório: 1 (um) conjunto para cada leito, com reserva operacional de 1 (um) para cada 2 (dois) leitos; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, III, g)

h) bandejas contendo material apropriado para os seguintes procedimentos: punção lombar; drenagem líquórica em sistema fechado, diálise peritoneal, drenagem torácica com sistema fechado; traqueostomia; acesso venoso profundo, incluindo cateterização venosa central de inserção periférica (PICC), flebotomia, cateterismo de veia e artéria umbilical; exsanguíneo transfusão; punção pericárdica; cateterismo vesical de demora em sistema fechado e curativos em geral; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, III, h)

i) eletrocardiógrafo portátil disponível na unidade; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, III, i)

j) materiais e equipamento para monitorização de pressão arterial invasiva; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, III, j)

k) oftalmoscópio e otoscópio: no mínimo 2 (dois); (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, III, k)

l) negatoscópio, foco auxiliar portátil e aspirador cirúrgico portátil: 1 (um) por UTIN; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, III, l)

m) equipamento para aferição de glicemia capilar, específico para uso hospitalar: 1 (um) para cada 5 (cinco) leitos ou fração; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, III, m)

n) estadiômetro ou fita métrica: 1 por unidade; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, III, n) (com redação dada pela PRT MS/GM 3389/2013)

o) pontos de oxigênio e ar comprimido medicinal com válvulas reguladoras de pressão e pontos de vácuo para cada leito; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, III, o)

p) equipamento para ventilação pulmonar não-invasiva: 1(um) para cada 5 (cinco) leitos, quando o ventilador pulmonar microprocessado não possuir recursos para realizar a modalidade de ventilação não-invasiva; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, III, p)

q) materiais de interface facial para ventilação pulmonar não-invasiva (máscara ou pronga); 1 (um) por leito, devendo a UTIN dispor de todos os tamanhos: 00, 0, 1, 2, 3, e 4; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, III, q)

r) fototerapia, capacete/capuz de acrílico e tenda para oxigenioterapia: 1 (um) para cada 3 (três) leitos/fração, com reserva operacional de 1 (um) para cada 5 (cinco) leitos; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, III, r)

s) incubadora com parede dupla: 1 (um) por paciente de UTIN, dispondo de berços aquecidos de terapia intensiva para no mínimo 10% (dez por cento) dos leitos; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, III, s)

t) incubadora para transporte completa, com monitorização contínua, suporte para equipamento de infusão controlada de fluidos, com bateria, de suporte para cilindro de oxigênio, cilindro transportável de oxigênio e kit ("maleta") para acompanhar o transporte de pacientes graves, contendo medicamentos e materiais para atendimento às emergências: 1 (uma) para cada 10 (dez) leitos ou fração; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, III, t)

u) balança eletrônica portátil: 1 (uma) para cada 10 (dez) leitos; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, III, u)

v) poltronas removíveis, com revestimento impermeável, para acompanhante: 1 (uma) para cada 4 (quatro) leitos ou fração; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, III, v)

w) refrigerador com temperatura interna de 2 a 8°C, de uso exclusivo para guarda de medicamentos, com conferência e registro de temperatura a intervalos máximos de 24 horas: 1 (um) por UTIN; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, III, w)

x) materiais para aspiração traqueal em sistemas aberto e fechado; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, III, x)

IV - garantia de acesso aos seguintes serviços à beira do leito, prestados por meios próprios ou por serviços terceirizados: (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, IV)

a) assistência nutricional; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, IV, a)

b) terapia nutricional (enteral e parenteral); (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, IV, b)

c) assistência farmacêutica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, IV, c)

d) assistência clínica vascular e cardiovascular; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, IV, d)

e) assistência clínica neurológica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, IV, e)

f) assistência clínica ortopédica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, IV, f)

g) assistência clínica urológica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, IV, g)

h) assistência clínica gastroenterológica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, IV, h)

i) assistência clínica nefrológica, incluindo terapia renal substitutiva; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, IV, i) (com redação dada pela PRT MS/GM 3389/2013)

j) assistência clínica hematológica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, IV, j)

k) assistência clínica hemoterápica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, IV, k)

l) assistência clínica oftalmológica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, IV, l)

m) assistência clínica otorrinolaringológica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, IV, m)

n) assistência clínica de infectologia; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, IV, n)

o) assistência clínica cirúrgica pediátrica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, IV, o)

p) assistência psicológica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, IV, p)

q) assistência endocrinológica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, IV, q)

r) serviço de laboratório clínico, incluindo microbiologia e hemogasometria; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, IV, r)

s) serviço de radiografia móvel; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, IV, s)

t) serviço de ultrassonografia portátil; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, IV, t)

u) serviço de endoscopia digestiva alta e baixa; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, IV, u)

v) serviço de fibrobroncoscopia; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, IV, v)

w) serviço de diagnóstico clínico e notificação compulsória de morte encefálica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, IV, w)

x) serviço de eletroencefalografia; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, IV, x)

y) serviço de assistência social; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, IV, y) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 3389/2013)

V - garantia de acesso, no próprio estabelecimento hospitalar ou em outro com acesso formalizado, aos seguintes serviços de diagnóstico e terapêutica: (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, V)

a) cirurgia cardiovascular; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, V, a)

b) cirurgia vascular; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, V, b)

c) cirurgia neurológica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, V, c)

d) cirurgia ortopédica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, V, d)

e) cirurgia urológica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, V, e)

f) ressonância magnética; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, V, f)

g) tomografia computadorizada; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, V, g)

h) anatomia patológica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, V, h)

i) agência transfusional 24 horas; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, V, i)

j) assistência clínica de genética; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, V, j)

VI - equipe mínima formada nos seguintes termos: (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, VI)

a) 1 (um) médico responsável técnico com jornada mínima de 4 horas diárias com certificado de habilitação em Neonatologia ou Título de Especialista em Medicina Intensiva Pediátrica fornecido pela Sociedade Brasileira de Pediatria ou Residência Médica em Neonatologia reconhecida pelo Ministério da Educação ou Residência Médica em Medicina Intensiva Pediátrica reconhecida pelo Ministério da Educação; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, VI, a)

b) 1 (um) médico com jornada horizontal diária mínima de 4 (quatro) horas, com certificado de habilitação em Neonatologia ou Título de Especialista em Pediatria (TEP) fornecido pela Sociedade Brasileira de Pediatria ou Residência Médica em Neonatologia ou Residência Médica em Medicina Intensiva Pediátrica reconhecida pelo Ministério da Educação ou Residência Médica em Pediatria, reconhecida pelo Ministério da Educação, para cada 10 (dez) leitos ou fração; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, VI, b)

c) 1 (um) médico plantonista com Título de Especialista em Pediatria (TEP) e com certificado de habilitação em Neonatologia ou Título de Especialista em Pediatria (TEP) fornecido pela Sociedade Brasileira de Pediatria ou Residência Médica em Medicina Intensiva Pediátrica reconhecida pelo Ministério da Educação ou Residência Médica em Neonatologia ou Residência Médica em Pediatria, reconhecida pelo Ministério da Educação, para cada 10 (dez) leitos ou fração, em cada turno; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, VI, c)

d) 1 (um) enfermeiro coordenador com jornada horizontal diária de 8 horas com habilitação em neonatologia ou no mínimo 2 (dois) anos de experiência profissional comprovada em terapia intensiva pediátrica ou neonatal; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, VI, d)

e) 1 (um) enfermeiro assistencial para cada 10 (dez) leitos ou fração, em cada turno; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, VI, e)

f) 1 (um) fisioterapeuta exclusivo para cada 10 leitos ou fração, em cada turno; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, VI, f)

g) 1 (um) fisioterapeuta coordenador com, no mínimo, 2 anos de experiência profissional comprovada em unidade terapia intensiva pediátrica ou neonatal, com jornada horizontal diária mínima de 6 (seis) horas; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, VI, g)

h) técnicos de enfermagem, no mínimo, 1 (um) para cada 2 (dois) leitos em cada turno; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, VI, h)

i) 1 (um) funcionário exclusivo responsável pelo serviço de limpeza em cada turno; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, VI, i)

j) 1 (um) fonoaudiólogo disponível para a unidade. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, VI, j)

§ 1º O mesmo profissional médico poderá acumular, na mesma unidade neonatal, a responsabilidade técnica e o papel de médico com jornada horizontal de 04 (quatro) horas, previstos nos incisos I e II do 'caput'. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, § 1º) (com redação dada pela PRT MS/GM 3389/2013)

§ 2º O coordenador de fisioterapia poderá ser um dos fisioterapeutas assistenciais. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, § 2º)

Subseção II

Da UTIN Tipo III

(Origem: PRT MS/GM 930/2012, CAPÍTULO II, Seção I, Subseção II)

Art. 77. Para habilitação como UTIN tipo III, o serviço hospitalar deverá contar com toda a estrutura mínima prevista no art. 76 e mais o seguinte: (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 14)

I - no mínimo 50% (cinquenta por cento) dos plantonistas devem ter certificado de habilitação em Neonatologia ou Título de Medicina Intensiva Pediátrica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 14, I)

II - enfermeiro coordenador com título de especialização em terapia intensiva/terapia intensiva neonatal ou no mínimo 5 (cinco) anos de experiência profissional comprovada de atuação na área; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 14, II)

III - 1 (um) enfermeiro plantonista assistencial por turno, exclusivo da unidade, para cada 5 (cinco) leitos ou fração; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 14, III)

IV - coordenador de fisioterapia com título de especialização em terapia intensiva pediátrica ou neonatal ou em outra especialidade relacionada à assistência ao paciente grave; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 14, IV)

V - bombas de infusão: 4 (quatro) por leito ou fração; e (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 14, V)

VI - ventilador mecânico microprocessado: 1 (um) para cada leito. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 14, VI)

Seção II

Do Serviço de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo)

(Origem: PRT MS/GM 930/2012, CAPÍTULO II, Seção II)

Art. 78. As UCINCo, também conhecidas como Unidades Semi-Intensiva, são serviços em unidades hospitalares destinados ao atendimento de recém-nascidos considerados de médio risco e que demandem assistência contínua, porém de menor complexidade do que na UTIN. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 15)

Parágrafo Único. As UCINCo poderão configurar-se como unidades de suporte às UTIN ou de forma independente, obedecendo à rotina de cada serviço. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 15, Parágrafo Único)

Art. 79. As UCINCo serão responsáveis pelo cuidado de recém-nascidos nas seguintes condições: (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 16)

I - recém-nascido que após a alta da UTIN ainda necessite de cuidados complementares; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 16, I)

II - recém-nascido com desconforto respiratório leve que não necessite de assistência ventilatória mecânica ou CPAP ou Capuz em Fração de Oxigênio (FiO2) elevada (FiO2 > 30%); (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 16, II)

III - recém-nascido com peso superior a 1.000g e inferior a 1.500g, quando estáveis, sem acesso venoso central, em nutrição enteral plena, para acompanhamento clínico e ganho de peso; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 16, III)

IV - recém-nascido maior que 1.500g, que necessite de venoclise para hidratação venosa, alimentação por sonda e/ou em uso de antibióticos com quadro infeccioso estável; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 16, IV)

V - recém-nascido em fototerapia com níveis de bilirrubinas próximos aos níveis de exsanguineotransfusão; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 16, V)

VI - recém-nascido submetido a procedimento de exsanguineotransfusão, após tempo mínimo de observação em UTIN, com níveis de bilirrubina descendentes e equilíbrio hemodinâmico; e (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 16, VI)

VII - recém-nascido submetido à cirurgia de médio porte, estável, após o pós-operatório imediato em UTIN. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 16, VII)

Art. 80. Para habilitação como UCINCo, o serviço hospitalar deverá contar com a seguinte estrutura mínima: (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17)

I - funcionar em estabelecimento de saúde cadastrado no SCNES, com garantia de referência para serviços de maior complexidade, para o atendimento de recém-nascido que necessite de cuidados de tratamento intensivo e cirurgia pediátrica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, I)

II - contar com ambiência e estrutura física que atendam às normas estabelecidas pela ANVISA; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, II)

III - dispor dos seguintes equipamentos: (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, III)

a) berço de calor radiante em no mínimo 10% (dez por cento) dos leitos; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, III, a)

b) incubadoras simples em no mínimo 60% (sessenta por cento) dos leitos; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, III, b)

c) berços de acrílico em no mínimo 30% (trinta por cento) dos leitos; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, III, c)

d) monitor multiparâmetros: 1 (um) para cada 5 (cinco) leitos; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, III, d) (com redação dada pela PRT MS/GM 3389/2013)

e) ressuscitador manual tipo balão auto-inflável com reservatório e válvula e máscaras para prematuros e recém-nascido a termo: 1 (um) para cada 3 (três) recém-nascidos; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, III, e)

f) capacetes/ capuz para oxigênio: 1 (um) para cada 4 (quatro) leitos; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, III, f)

g) termômetro digital individual: 1 (um) para cada leito; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, III, g)

h) estetoscópio individual: 1 (um) para cada leito; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, III, h)

i) esfigmomanômetro - 1 (um) para 15 (quinze) leitos ou menor fração; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, III, i)

j) otoscópio e oftalmoscópio - 1 (um) para 15 (quinze) leitos ou menor fração; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, III, j)

k) material e equipamento para reanimação: 1 (um) para cada 15 (quinze) leitos, de acordo com o estabelecido no Anexo 12 do Anexo II; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, III, k)

l) conjunto de nebulizador e máscara: 1 (um) para cada 4 (quatro) leitos; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, III, l)

m) aspirador portátil: 1 (um) por unidade. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, III, m)

n) bomba de infusão: 1 (uma) para cada leito; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, III, n)

o) aparelhos de fototerapia: 1 (um) para cada 4 (quatro) leitos; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, III, o)

p) balança eletrônica: 1 (uma) para cada 15 (quinze) leitos; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, III, p)

q) negatoscópio ou sistema informatizado para visualizar Raio X: 1 (um) por unidade; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, III, q)

r) relógios e calendário de parede visíveis; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, III, r)

s) poltronas removíveis, com revestimento impermeável: 1 (uma) por leito (para realização de contato pele a pele/posição canguru); (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, III, s)

t) oxímetro de pulso: 1 (um) para cada leito; e (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, III, t) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 3389/2013)

u) termômetro: 1 (um) para cada leito. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, III, u) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 3389/2013)

IV - equipe mínima formada nos seguintes termos: (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, IV)

a) 1 (um) responsável técnico com jornada mínima de 4 horas diárias, com certificado de habilitação em neonatologia fornecido pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) ou título de especialista em pediatria fornecido pela SBP ou residência médica em neonatologia ou residência médica em pediatria, reconhecidas pelo Ministério da Educação; permitido acumular responsabilidade técnica ou coordenação no máximo em duas unidades como UCINCo e UCINCa ou UTIN, podendo acumular a função de médico com jornada horizontal; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, IV, a)

b) 1 (um) médico com jornada horizontal diária mínima de 4 (quatro) horas, preferencialmente com habilitação em neonatologia ou título de especialista em pediatria fornecido pela Sociedade Brasileira de Pediatria ou residência médica em neonatologia ou residência médica em pediatria, reconhecidas pelo Ministério da Educação, para cada 15 (quinze) leitos ou fração; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, IV, b)

c) 1 (um) médico plantonista com habilitação em neonatologia ou título de especialista em pediatria (TEP) fornecido pela Sociedade Brasileira de Pediatria ou residência médica em neonatologia ou residência médica em pediatria, reconhecidas pelo Ministério da Educação, para cada 15 (quinze) leitos ou fração em cada turno; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, IV, c)

d) 1 (um) enfermeiro coordenador, preferencialmente com habilitação em neonatologia ou no mínimo 2 anos de experiência profissional comprovada, com jornada horizontal diária mínima de 4 (quatro) horas, podendo acumular responsabilidade técnica ou coordenação de, no máximo, duas unidades como UCINCo e UCINCa; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, IV, d)

e) 1 (um) enfermeiro assistencial, para cada 15 (quinze) leitos ou fração, em cada turno; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, IV, e)

f) 1 (um) técnico de enfermagem para cada 5 (cinco) leitos, em cada turno; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, IV, f)

g) 1 (um) fisioterapeuta para cada 15 leitos ou fração em cada turno; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, IV, g)

h) 1 (um) fonoaudiólogo disponível para a unidade; e (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, IV, h)

i) 1 (um) funcionário responsável pela limpeza em cada turno. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, IV, i)

Parágrafo Único. Em unidades hospitalares que disponham de UCINCo e UTIN, o responsável técnico médico e o enfermeiro coordenador responderão pelas duas unidades, favorecendo a linha de cuidado progressivo. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, Parágrafo Único)

Art. 81. Quando não fizer parte de uma Unidade Neonatal com UTIN, a UCINCo deverá contar ainda com os seguintes equipamentos: (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18)

I - ventilador pulmonar microprocessado: 1 (um) para 15 (quinze) leitos; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, I)

II - bandejas para procedimentos de punção lombar, drenagem torácica, curativos, flebotomia, acesso venoso, sondagem vesical e traqueostomia; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, II)

III - incubadora de transporte com cilindro de oxigênio e ar comprimido; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, III)

IV - equipamento para ventilação pulmonar não-invasiva: 1 (um) para 15 (quinze) leitos, quando o ventilador pulmonar microprocessado não possuir recursos para realizar a modalidade de ventilação não-invasiva; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, IV)

V - materiais de interface facial para ventilação pulmonar não-invasiva (máscara ou pronga); 1 (um) por leito, devendo a UCINCo dispor de todos os tamanhos: 00, 0, 1, 2, 3, e 4; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, V)

VI - garantia de acesso aos seguintes serviços à beira do leito, prestados por meios próprios ou por serviços terceirizados: (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VI)

a) assistência nutricional; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VI, a)

b) terapia nutricional (enteral e parenteral); (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VI, b)

c) assistência farmacêutica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VI, c)

d) assistência clínica vascular e cardiovascular; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VI, d)

e) assistência clínica neurológica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VI, e)

f) assistência clínica ortopédica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VI, f)

g) assistência clínica urológica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VI, g)

h) assistência clínica gastroenterológica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VI, h)

i) assistência clínica nefrológica, incluindo hemodiálise; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VI, i)

j) assistência clínica hematológica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VI, j)

k) assistência clínica hemoterápica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VI, k)

l) assistência clínica oftalmológica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VI, l)

m) assistência clínica otorrinolaringológica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VI, m)

n) assistência clínica de infectologia; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VI, n)

o) assistência clínica cirúrgica pediátrica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VI, o)

p) assistência psicológica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VI, p)

q) assistência endocrinológica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VI, q)

r) serviço de laboratório clínico, incluindo microbiologia e hemogasometria; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VI, r)

s) serviço de radiografia móvel; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VI, s)

t) serviço de ultrassonografia portátil; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VI, t)

u) serviço de endoscopia digestiva alta e baixa; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VI, u)

v) serviço de fibrobroncoscopia; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VI, v)

w) serviço de diagnóstico clínico e notificação compulsória de morte encefálica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VI, w)

x) serviço de eletroencefalografia; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VI, x)

y) serviço de assistência social. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VI, y) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 3389/2013)

VII - garantia de acesso, no próprio estabelecimento hospitalar ou em outro com acesso formalizado, aos seguintes serviços de diagnóstico e terapêutica: (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VII)

- a) cirurgia cardiovascular; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VII, a)
- b) cirurgia vascular; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VII, b)
- c) cirurgia neurológica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VII, c)
- d) cirurgia ortopédica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VII, d)
- e) cirurgia urológica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VII, e)
- f) ressonância magnética; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VII, f)
- g) tomografia computadorizada; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VII, g)
- h) anatomia patológica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VII, h)
- i) agência transfusional 24 horas; e (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VII, i)
- j) assistência clínica de genética. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VII, j)

Art. 82. A UCINCo cumprirá os seguintes requisitos de Humanização: (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 19)

I - controle de ruído; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 19, I)

II - controle de iluminação; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 19, II)

III - climatização; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 19, III)

IV - iluminação natural, para as novas unidades; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 19, IV)

V - garantia de livre acesso a mãe e ao pai, e permanência da mãe ou pai; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 19, V)

VI - garantia de visitas programadas dos familiares; e (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 19, VI)

VII - garantia de informações da evolução dos pacientes aos familiares, pela equipe médica, no mínimo, uma vez ao dia. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 19, VII)

Seção III

Do Serviço de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa)

(Origem: PRT MS/GM 930/2012, CAPÍTULO II, Seção III)

Art. 83. As UCINCa são serviços em unidades hospitalares cuja infraestrutura física e material permita acolher mãe e filho para prática do método canguru, para repouso e permanência no mesmo ambiente nas 24 (vinte e quatro) horas por dia, até a alta hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 20)

Parágrafo Único. As UCINCa possuirão suporte assistencial por equipe de saúde adequadamente treinada, que possibilite a prestação de todos os cuidados assistenciais e a orientação à mãe sobre sua saúde e a do recém-nascido. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 20, Parágrafo Único)

Art. 84. As UCINCa serão responsáveis pelo cuidado de recém-nascidos com peso superior a 1.250g, clinicamente estável, em nutrição enteral plena, cujas mães manifestem o desejo de participar e tenham disponibilidade de tempo. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 21)

Art. 85. A UCINCa somente funcionará em unidade hospitalar que conte com UCINCo. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 22)

Art. 86. Para habilitação como UCINCa, a unidade hospitalar deverá contar com a estrutura física mínima prevista pela Portaria nº 1.016/GM/MS, de 26 de agosto de 1993. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 23)

§ 1º Além da estrutura física mínima prevista no caput, a UCINCa deverá dispor dos seguintes equipamentos: (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 23, § 1º)

I - incubadoras simples em pelo menos 20% (vinte por cento) dos leitos; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 23, § 1º, I)

II - berços de acrílico em pelo menos 80% (oitenta por cento) dos leitos; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 23, § 1º, II)

III - ressuscitador manual tipo balão auto-inflável com reservatório e válvula e máscaras para prematuros e recém-nascido a termo: 1 para cada 5 (cinco) recém-nascidos; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 23, § 1º, III)

IV - termômetro digital individual: 1 (um) para cada leito; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 23, § 1º, IV)

V - estetoscópio individual: 1 (um) para cada leito; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 23, § 1º, V)

VI - material e equipamento para reanimação: 1 (um) para cada 15 (quinze) leitos, de acordo com o estabelecido no Anexo 12 do Anexo II; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 23, § 1º, VI)

VII - aspirador portátil: 1 (um) para cada 15 (quinze) leitos; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 23, § 1º, VII)

VIII - balança eletrônica: 1 (uma) para cada 15 (quinze) leitos; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 23, § 1º, VIII)

IX - relógios e calendários de parede visíveis; e (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 23, § 1º, IX)

X - poltronas removíveis, com revestimento impermeável: 1 (uma) por leito. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 23, § 1º, X)

§ 2º A incubadora de transporte, o esfigmomanômetro, o otoscópio, o oftalmoscópio e o conjunto de nebulizador e máscara poderão ser compartilhados entre as UCINCo e UCINCa, guardando a proporção em relação ao número de leitos. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 23, § 2º)

Art. 87. O atendimento na UCINCa será feito pela(s) equipe(s) responsável(eis) pela CINCo. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 24)

Parágrafo Único. Para fins de formação da equipe mínima da UCINCo, nos termos do art. 80, IV, serão somados os leitos de UCINCo e de UCINCa disponíveis na mesma unidade hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 24, Parágrafo Único)

Art. 88. A UCINCa cumprirá os mesmos requisitos de Humanização previstos para a UCINCo, conforme art. 82. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 25)

CAPÍTULO III

DO PROCESSO DE HABILITAÇÃO

(Origem: PRT MS/GM 930/2012, CAPÍTULO III)

Art. 89. O processo de habilitação das Unidades Neonatal, de qualquer das tipologias descritas neste Título, seguirá o seguinte fluxo: (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 26)

I - envio do pedido de habilitação pela unidade hospitalar ao respectivo gestor de saúde municipal (Municípios em gestão plena), estadual ou distrital; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 26, I)

II - análise do pedido pela Secretaria de Saúde Municipal (Municípios em gestão plena), Estadual ou do Distrito Federal; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 26, II)

III - em caso de análise favorável, encaminhamento de proposta pelo gestor de saúde municipal (Municípios em gestão plena), estadual ou distrital à Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar, do Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (CGHOSP/DAHU/SAS/MS), com a seguinte documentação: (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 26, III)

a) declaração assinada pelo gestor de saúde responsável, comprovando o cumprimento das exigências de habilitação previstas neste Título e atestando que o estabelecimento de saúde cumpre com as normativas sanitárias ou que foi pactuado um plano de ações corretivas com cronograma de adequação entre o estabelecimento de saúde e a vigilância sanitária competente; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 26, III, a) (com redação dada pela PRT MS/GM 159/2015) (com redação dada pela PRT MS/GM 3389/2013)

b) aprovação do credenciamento da Unidade Neonatal interessada pela Comissão Intergestores Regional (CIR), se houver, e pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB); (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 26, III, c)

c) atualização das informações referentes ao estabelecimento hospitalar no SCNES; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 26, III, d)

IV - análise da proposta e da respectiva documentação pela CGHOSP/DAHU/SAS/MS, que poderá realizar vistoria in loco para a habilitação ou a qualquer tempo; e (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 26, IV)

V - em caso de análise favorável, publicação de portaria de habilitação pela SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 26, V)

§ 1º No caso de processo formalizado por Secretaria de Saúde de Município em gestão plena, deverá constar, além do parecer do gestor de saúde municipal, o parecer do gestor de saúde estadual, que será responsável pela integração da Unidade Neonatal à rede estadual/regional, com a definição dos fluxos de referência e contrarreferência dos pacientes. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 26, § 1º)

§ 2º A análise do pedido pela Secretaria de Saúde responsável ficará na posse do gestor de saúde estadual, disponível ao Ministério da Saúde para fins de supervisão e auditoria. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 26, § 2º)

CAPÍTULO IV DAS DISPOSIÇÕES FINAIS (Origem: PRT MS/GM 930/2012, CAPÍTULO IV)

Art. 90. As Secretarias de Saúde dos estados em conjunto com as Secretarias de Saúde municipais e do Distrito Federal estabelecerão planejamento regional de atenção em terapia intensiva e cuidados intermediários neonatais, com a finalidade de incrementar, quantitativa e qualitativamente, o acesso dos pacientes usuários do SUS. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 28)

Art. 91. Caberá à Coordenação-Geral de Sistemas de Informação do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (CGSI/DRAC/SAS/MS) adotar as providências necessárias junto ao Departamento de Informática do SUS da Secretaria-Executiva (DATASUS), para o cumprimento do disposto neste Título. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 29)

TÍTULO V DO ACOMPANHAMENTO DURANTE O TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO

Art. 92. Este Título regulamenta, em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o SUS. (Origem: PRT MS/GM 2418/2005, Art. 1º)

§ 1º Para efeito deste Título entende-se o pós-parto imediato como o período que abrange 10 dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico. (Origem: PRT MS/GM 2418/2005, Art. 1º, § 1º)

§ 2º Fica autorizada ao prestador de serviços a cobrança, de acordo com as tabelas do SUS, das despesas previstas com acompanhante no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, cabendo ao gestor a devida formalização dessa autorização de cobrança na Autorização de Internação Hospitalar (AIH). (Origem: PRT MS/GM 2418/2005, Art. 1º, § 2º)

§ 3º No valor da diária de acompanhante, estão incluídos a acomodação adequada e o fornecimento das principais refeições. (Origem: PRT MS/GM 2418/2005, Art. 1º, § 3º)

TÍTULO VI DA EXCLUSÃO DA CRÍTICA NO SIH/SUS PARA REGISTRO DE CESARIANAS DOS ESTADOS QUE NÃO FORMALIZARAM A ADESAO AO PACTO PELA REDUÇÃO DA TAXA DE CESARIANA

~~**Art. 93.** Fica determinada a exclusão da crítica no SIH/SUS para registro de cesarianas dos Estados que não formalizaram a adesão ao Pacto pela Redução da Cesariana. (Origem: PRT MS/GM 1084/2017, Art. 4º)~~

Art. 93. O procedimento de acompanhamento multiprofissional em DRC estágio 5 pré-díalise (03.01.13.006-0 ACOMPANHAMENTO MULTIPROFISSIONAL EM DRC ESTÁGIO 05 PRÉ DÍALISE) deverá ser realizado mensalmente com APAC de validade fixa de 3 (três) competências. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 116 de 21.01.2022)

Art. 94. Fica estabelecida como competência dos gestores municipais, estaduais e distrital a definição e adoção de estratégias para a obtenção de redução da realização do parto cesariano e da sistemática de acompanhamento, avaliação e controle do desenvolvimento dessas estratégias, conforme as diretrizes para a operação cesariana no Brasil. (Origem: PRT MS/GM 1084/2017, Art. 2º)

Art. 95. Caberá a Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas, por meio da Coordenação-Geral dos Sistemas de Informação, tomar as medidas necessárias junto ao Departamento de Informática do SUS para cumprir o disposto neste Título. (Origem: PRT MS/GM 1084/2017, Art. 3º)

ANEXO 1 DO ANEXO II MATRIZ DIAGNÓSTICA (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Anexo 1)

MATRIZ DIAGNÓSTICA

A Matriz é composta por quatro grupos de indicadores:

1º GRUPO: Indicadores de Mortalidade e Morbidade

Incidência de sífilis congênita (Indicador 7 do Pacto pela Vida)

Taxa de óbitos infantis (neonatal e pós-neonatal)

Número absoluto de óbitos maternos por faixa etária (10 a 14, 15 a 19, 20 a 24 anos) por Município

Nascidos vivos segundo idade da mãe, segundo IG (< 37 semanas)

% de óbitos infantis-fetais investigados

% de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) por causas presumíveis investigados

2º GRUPO: Indicadores de Atenção

Número de nascidos vivos e % de gestantes com mais de 7 consultas no pré-natal

Cobertura de equipes de Saúde da Família

Tipo de parto: % de partos cesáreos e partos normais. Cesárea em primípara. Idade da mãe

% de gestantes captadas até a 12ª semana de gestação

% de crianças com consultas preconizadas até 24 meses

% de crianças com as vacinas de rotina de acordo com a agenda programada

% de gestantes com todos os exames preconizados

3º GRUPO: Situação da Capacidade Hospitalar Instalada

Número de leitos obstétricos total e por estabelecimento de saúde

Identificação das maternidades para gestação de alto risco e/ou atendimento ao recém nascido e crianças de alto risco

Identificação dos leitos UTI neonatal existentes

Identificação dos leitos UTI adulto existentes em hospitais que realizam parto

4º GRUPO: Indicadores de Gestão

% de investimento estadual no setor saúde

PDR atualizado

PPI atualizada

Identificação de centrais de regulação: (i) urgências; (ii) de internação; e (iii) ambulatorial

Implantação de ouvidorias do SUS no estado e capital

ANEXO 2 DO ANEXO II

NOVOS EXAMES DE PRÉ-NATAL (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Anexo 3)

NOVOS EXAMES DE PRÉ-NATAL

No componente pré-natal estão previstos novos exames financiados pelo Ministério da Saúde a partir da adesão à Rede Cegonha:

Teste rápido de gravidez;

Teste rápido de sífilis

Teste rápido de HIV

Cultura de bactérias para identificação (urina)

Acréscimo de mais um exame de hematócrito, hemoglobina,

Ampliação do ultrassom obstétrico para 100% das gestantes

Proteinúria (teste rápido)

Teste indireto de antoglobulina humana (TIA) para gestantes que apresentarem RH negativo

Exames adicionais para gestantes de alto-risco:

Contagem de plaquetas

Dosagem de proteínas (urina 24 horas)

Dosagens de uréia, creatinina e ácido úrico

Eletrocardiograma Ultrassom obstétrico com Doppler

Cardiotocografia ante-parto

ANEXO 3 DO ANEXO II

KIT PARA AS UBS (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Anexo 4)

KIT PARA AS UBS

1 sonar

1 fita métrica

1 gestograma

1 Caderno de Atenção Básica/CAB - Pré-natal

Balança adulto

ANEXO 4 DO ANEXO II

KIT PARA AS GESTANTES (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Anexo 5)

KIT PARA AS GESTANTES

Bolsa Rede Cegonha;e

Trocador de fralda.

ANEXO 5 DO ANEXO II

KIT PARA AS PARTEIRAS TRADICIONAIS (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Anexo 6)

KIT PARA AS PARTEIRAS TRADICIONAIS

Bolsa para acondicionar os materiais

Tesoura curva em inox, ponta romba, para uso exclusivo no parto

Caixa em inox ou em alumínio, para guardar a tesoura de inox

Balança de tração com gancho e suporte "tipo cegonha"

Lanterna média a dínamo

Fraldas de algodão

Guarda-chuva e capa de chuva

Bacia de alumínio

Toalha para enxugar as mãos

Estetoscópio de Pinard de plástico

Fita métrica

Pacotes com gaze

Escova de unha

Sabão líquido

Rolo de barbante para ligadura do cordão umbilical

Luvas descartáveis

Álcool a 70%

Saco plástico transparente (polietileno)

Almofolia ou pinceta média, para acondicionar o álcool

Tesoura comum para uso pessoal

Livro da Parteira

Lápis/caneta e borracha

Caderno pequeno para anotações

Balão auto-inflável com válvula reguladora

Máscaras para balão

Bulbo ou pêra de borracha

Estetoscópio adulto

Gorro/toca capilar

Coberta de flanela para o recém-nascido

Avental plástico

Forro protetor

ANEXO 6 DO ANEXO II

ESTRUTURA FÍSICA DO CENTRO DE PARTO NORMAL (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Anexo 1)

ESTRUTURA FÍSICA DO CENTRO DE PARTO NORMAL

A planta física para este caso deverá conter os seguintes espaços físicos abaixo (a serem distribuídos de acordo com as especificidades do terreno ou estabelecimento):

AMBIENTES		Quantificação (mínima - un)	Dimensão (mínima - m)	Área Unitária (mínima- m²)
AMBIENTES FINIS				
1	Sala de Registro e recepção para acolhimento da parturiente e seu acompanhante *	1	-	12,00
2	Sala de exames e admissão de parturientes*	1	-	9,00
3	Sanitário anexo à sala de exames *	1	1,20	2,40
4	Quartos para pré-parto/parto/pós-parto - PPP (sem banheiro)	2	3,20	14,50
5	Quartos para pré-parto/parto/pós-parto - PPP (com banheiro)	1	3,20	18
6	Banheiro anexo ao quarto PPP	3	1,70	4,80
7	Área para deambulação (Varanda/solário) - interna e/ou externa.	1	-	20,00
8	Posto de enfermagem *	1	-	2,50
9	Sala de serviço *	1	-	5,70
AMBIENTES DE APOIO				
10	Sala de utilidades	1	1,50	6,00
11	Quarto de plantão para funcionários	1	2,00	5,00
12	Banheiro anexo ao quarto de plantão	2	-	2,30
13	Rouparia	-	-	-
14	Depósito de Material de Limpeza	1	1,00	2,00
15	Depósito de equipamentos e materiais	1	-	3,50
16	Copa	1	1,15	4,00
17	Refeitório	1	-	12,00
18	Área para guarda de macas e cadeiras de rodas (ambiente opcional)	-	-	-

* Como unidade Intra-hospitalar tipo II, o CPN poderá compartilhar também estes ambientes fins com outros setores do estabelecimento ao qual pertence desde que sejam de fácil acesso e possuam dimensões compatíveis com a demanda de serviços a serem atendidos.

Observação: Ao somatório da metragem específica de todos os ambientes deve ser acrescido 30% (trinta por cento), referente às áreas de circulação e elementos construtivos (paredes). Planta recomendada pela Área Técnica de Saúde da Mulher/MS encontra-se no site: www.saude.gov.br/redecegonha

AMBIENTES FINIS

1.Sala de recepção acolhimento e registro (parturiente e acompanhante): ambiente destinado a recepcionar e encaminhar parturientes e acompanhantes. Para este ambiente adotou-se área mínima de 12,00m² para receber uma

maca e área para registro de paciente (mesa e prontuários).

2.Sala de exames e admissão de parturientes com sanitário anexo: ambiente destinado a realização de exames, apresentando área mínima de 9,00m² e ser provido de bancada com pia com ponto de água fria e quente.

3.Sanitário anexo à sala de exames: ambiente com dimensão mínima de 1,20m e área mínima de 2,40m².

4.Quarto de Pré-parto, Parto e Pós-Parto (PPP): ambiente com capacidade para 1 (uma) parturiente e seu acompanhante e banheiro anexo, destinado à assistência à mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto.

5.Quarto PPP sem banheiro: o ambiente deve apresentar área mínima de 14,50m², sendo 10,5m² para o leito e área de 4m² para cuidados de recém-nascido (RN), com dimensão mínima de 3,2m, com previsão de poltrona para acompanhante, berço e área para cuidados de RN com bancada com pia, provida de ponto de água fria e quente. Cama executada em alvenaria de 50 cm de altura e dimensão de 1,48 x 2,48 (opcional).

6.Quarto PPP com banheiro: o ambiente deve apresentar área mínima de 18,00m², sendo 10,5m² para o leito, área de 4m² para cuidados de RN e 3,50m² para instalação de banheiro (com largura mínima de 0,90m e com altura máxima de 0,43m, no caso de utilização de banheiro de hidromassagem, deve ser garantida a higienização da tubulação de recirculação da água. Quando isso não for possível o modo de hidromassagem não deve ser ativado). O ambiente deverá possuir dimensão mínima de 3,2m, com previsão de poltrona para acompanhante, berço e área para cuidados de RN com bancada com pia, provida de ponto de água fria e quente. Cama executada em alvenaria de 50 cm de altura e dimensão de 1,48 x 2,48 (opcional).

7.Nos quartos PPP's devem ser previstas instalações de água fria e quente, oxigênio e sinalização de enfermagem. Esse ambiente deve ser projetado a fim de proporcionar à mulher e recém-nascido bem-estar e segurança, criando um ambiente familiar diferindo-o de uma sala cirúrgica, permitindo também a presença, bem como, a participação do acompanhante em todo o processo.

8.Banheiro anexo ao quarto PPP para parturiente: o banheiro anexo ao quarto PPP deve ter área mínima de 4,8m², com dimensão mínima de 1,70m. O Box para chuveiro deve ter dimensão mínima de 0,90x1,10m com instalação de barra de segurança. Deve ser provido ponto de água fria e quente.

9.Área de deambulação: espaço destinado à deambulação e estar das parturientes. Sugere-se que este seja interno, ligado a uma área externa provida de paisagismo, preferencialmente coberta a fim de ser utilizada independente das condições climáticas. Esse ambiente deve apresentar área mínima de 20m².

10.Posto de enfermagem: ambiente destinado a realizar relatórios de enfermagem e registro de parto. Deve apresentar área mínima de 2,5m², provido de ponto de água fria e elétrica de emergência.

11.Sala de serviço: realizar procedimentos de enfermagem. Deve ser previsto uma sala de serviço a cada posto de enfermagem, com área mínima de 5,70m², provido de ponto de água fria e elétrica de emergência.

AMBIENTES DE APOIO

12.Sala de utilidades: esse ambiente é destinado à recepção, lavagem, descontaminação e abrigo temporário de materiais e roupa suja. Deve ser provido de bancada com pia e uma pia de despejo, com acionamento por válvula de descarga e tubulação de 75mm, provido de ponto de água fria e água quente. Deve possuir área mínima de 6,00m², com dimensão mínima de 1,50m.

13.Quarto de plantão para funcionários com banheiros (feminino e masculino): esse ambiente é destinado ao repouso dos funcionários presentes na unidade em regime de plantão. Deve apresentar área mínima de 5 m².

14.Banheiros (masculino e feminino) do quarto de plantão de funcionários: ambiente com área mínima de 2,3m² para cada unidade, provido de ponto de água quente e fria.

15.Rouparia: essa área será destinada ao armazenamento de roupas limpas (fornecidas pela unidade vinculada), para esta pode ser previsto um armário com duas portas.

16.Depósito de Material de Limpeza (DML): ambiente de apoio destinado à guarda de materiais de limpeza. Deve apresentar área mínima de 2,00m², dimensão mínima de 1,0m e estar provido ponto de água fria.

17.Depósito de equipamentos e materiais: ambiente destinado a armazenar os materiais e equipamentos por categoria e tipo. Para este ambiente adotou-se área mínima de 3,5m².

18.Copa: esse ambiente é destinado à recepção e distribuição da dieta das parturientes e acompanhantes. Deve apresentar área mínima de 4m² e ser provido de ponto de água fria.

19.Refeitório: essa área poderá estar contígua à copa, destinada à realização de refeições/lanches fora do quarto, pode constituir-se de um espaço aberto, não necessariamente um ambiente fechado. Deve apresentar área mínima de 12,00m² e ser provido de ponto de água fria.

20.Área para guarda de macas e cadeira de rodas: Armazenar os materiais e equipamentos por categoria e tipo.

AMBIENTES FINIS

1.Sala de recepção acolhimento e registro (parturiente e acompanhante): ambiente destinado a recepcionar e encaminhar parturientes e acompanhantes. Para este ambiente adotou-se área mínima de 12,00m² para receber uma maca e área para registro de paciente (mesa e prontuários).

2.Sala de exames e admissão de parturientes com sanitário anexo: ambiente destinado a realização de exames, apresentando área mínima de 9,00m² e ser provido de bancada com pia com ponto de água fria e quente.

3.Sanitário anexo à sala de exames: ambiente com dimensão mínima de 1,20m e área mínima de 2,40m².

4.Quarto de Pré-parto, Parto e Pós-Parto (PPP): ambiente com capacidade para 1 (uma) parturiente e seu acompanhante e banheiro anexo, destinado à assistência à mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto.

5.Quarto PPP sem banheiro: o ambiente deve apresentar área mínima de 14,50m², sendo 10,5m² para o leito e área de 4m² para cuidados de recém-nascido (RN), com dimensão mínima de 3,2m, com previsão de poltrona para acompanhante, berço e área para cuidados de RN com bancada com pia, provida de ponto de água fria e quente. Cama executada em alvenaria de 50 cm de altura e dimensão de 1,48 x 2,48 (opcional).

6.Quarto PPP com banheiro: o ambiente deve apresentar área mínima de 18,00m², sendo 10,5m² para o leito, área de 4m² para cuidados de RN e 3,50m² para instalação de banheiro (com largura mínima de 0,90m e com altura máxima de 0,43m, no caso de utilização de banheiro de hidromassagem, deve ser garantida a higienização da tubulação de recirculação da água. Quando isso não for possível o modo de hidromassagem não deve ser ativado). O ambiente deverá possuir dimensão mínima de 3,2m, com previsão de poltrona para acompanhante, berço e área para cuidados de RN com bancada com pia, provida de ponto de água fria e quente. Cama executada em alvenaria de 50 cm de altura e dimensão de 1,48 x 2,48 (opcional).

7.Nos quartos PPP's devem ser previstas instalações de água fria e quente, oxigênio e sinalização de enfermagem. Esse ambiente deve ser projetado a fim de proporcionar à mulher e recém-nascido bem-estar e segurança, criando um ambiente familiar diferindo-o de uma sala cirúrgica, permitindo também a presença, bem como, a participação do acompanhante em todo o processo.

8.Banheiro anexo ao quarto PPP para parturiente: o banheiro anexo ao quarto PPP deve ter área mínima de 4,8m², com dimensão mínima de 1,70m. O Box para chuveiro deve ter dimensão mínima de 0,90x1,10m com instalação de barra de segurança. Deve ser provido ponto de água fria e quente.

9.Área de deambulação: espaço destinado à deambulação e estar das parturientes. Sugere-se que este seja interno, ligado a uma área externa provida de paisagismo, preferencialmente coberta a fim de ser utilizada independente das condições climáticas. Esse ambiente deve apresentar área mínima de 20m².

10.Posto de enfermagem: ambiente destinado a realizar relatórios de enfermagem e registro de parto. Deve apresentar área mínima de 2,5m², provido de ponto de água fria e elétrica de emergência.

11.Sala de serviço: realizar procedimentos de enfermagem. Deve ser previsto uma sala de serviço a cada posto de enfermagem, com área mínima de 5,70m², provido de ponto de água fria e elétrica de emergência.

AMBIENTES DE APOIO

12.Sala de utilidades: esse ambiente é destinado à recepção, lavagem, descontaminação e abrigo temporário de materiais e roupa suja. Deve ser provido de bancada com pia e uma pia de despejo, com acionamento por válvula de descarga e tubulação de 75mm, provido de ponto de água fria e água quente. Deve possuir área mínima de 6,00m², com dimensão mínima de 1,50m.

13.Quarto de plantão para funcionários com banheiros (feminino e masculino): esse ambiente é destinado ao repouso dos funcionários presentes na unidade em regime de plantão. Deve apresentar área mínima de 5 m².

14.Banheiros (masculino e feminino) do quarto de plantão de funcionários: ambiente com área mínima de 2,3m² para cada unidade, provido de ponto de água quente e fria.

15.Rouparia: essa área será destinada ao armazenamento de roupas limpas (fornecidas pela unidade vinculada), para esta pode ser previsto um armário com duas portas.

16.Depósito de Material de Limpeza (DML): ambiente de apoio destinado à guarda de materiais de limpeza. Deve apresentar área mínima de 2,00m², dimensão mínima de 1,0m e estar provido ponto de água fria.

17.Depósito de equipamentos e materiais: ambiente destinado a armazenar os materiais e equipamentos por categoria e tipo. Para este ambiente adotou-se área mínima de 3,5m².

18.Copa: esse ambiente é destinado à recepção e distribuição da dieta das parturientes e acompanhantes. Deve apresentar área mínima de 4m² e ser provido de ponto de água fria.

19.Refeitório: essa área poderá estar contígua à copa, destinada à realização de refeições/lanches fora do quarto, pode constituir-se de um espaço aberto, não necessariamente um ambiente fechado. Deve apresentar área mínima de 12,00m² e ser provido de ponto de água fria.

20.Área para guarda de macas e cadeira de rodas: Armazenar os materiais e equipamentos por categoria e tipo.

ANEXO 7 DO ANEXO II

INDICADORES DO CENTRO DE PARTO NORMAL (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Anexo 2)

Indicadores a serem monitorados mensalmente pelos gestores dos estabelecimentos responsáveis pelo CPN:

1) Dados dos partos:

- a) Total de partos realizados no CPN intra-hospitalar tipos I e II e CPN peri-hospitalar
- b) Percentual de partos realizados por cada profissional: enfermeiro (a) e médico (a)
- c) Percentual de partos em adolescentes
- d) Percentual de partos na água
- e) Percentual de partos em posição vertical

2) Percentual de episiotomia

3) Percentual de Laceração 1º e 2º grau

4) Percentual de Laceração 3º e 4º grau

5) Percentual de RAM (Rotura Artificial de Membrana)

6) Percentual de parto com ocitocina no 2º estágio

7)Percentual de mulheres com acompanhante durante o TP/Parto/Puerpério

8)Percentual de mulheres assistidas com 6 ou mais consultas de Pré Natal

9)Dados do Recém-Nascido (RN):

a) Percentual de RN com peso ao nascer < 2.500 g e > 4.000g

b)Percentual de RN com idade gestacional < 37 semanas e > 41 semanas

c)Percentual de RN com Apgar < 7 no 5º minuto

d)Percentual de RN com contato pele a pele ininterrupto imediato após o nascimento

10) Percentual de transferência de parturientes do CPN para outros setores do estabelecimento, discriminado por motivo da transferência

11) Percentual de transferência da puérpera e do RN do CPN para outros setores do estabelecimento, discriminado por motivos da transferência

12) Percentual de avaliação/procedimento médico obstétrico ou pediátrico na unidade

ANEXO 8 DO ANEXO II

REQUISITOS COMPLEMENTARES PARA CONSTITUIÇÃO COMO CENTRO DE PARTO NORMAL (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Anexo 3)

REQUISITOS COMPLEMENTARES PARA CONSTITUIÇÃO COMO CENTRO DE PARTO NORMAL

1.Infra-estrutura destinada especificamente ao seu funcionamento constituída por:

1.1.Sala de Registro e recepção para acolhimento da parturiente e seu acompanhante;

1.2.Sala de exames e admissão de parturientes;

1.3.Sanitário anexo à sala de exames;

1.4.Três a 5 (cinco) quartos PPP para CPN peri-hospitalar, sendo 1 (um) com banheiro; e 3 (três) a 5 (cinco) quartos PPP para CPN intra-hospitalar, sendo 1 (um) com banheiro; Cama executada em alvenaria de 50 cm de altura e dimensão de 1,48 x 2,48 (opcional), com arco e perneiras removíveis;

1.5.Banheiro anexo ao quarto PPP;

- 1.6.Área para deambulação (interna e/ou externa);
- 1.7.Varanda /solário;
- 1.8.Posto de enfermagem; e
- 1.9.Sala de serviço.
- 2.Possuir os seguintes ambientes de apoio:
 - 2.1.Sala de utilidades;
 - 2.2.Quarto de plantão para funcionários;
 - 2.3.Banheiros anexo ao quarto de plantão (masculino e feminino);
 - 2.4.Rouparia (não necessariamente se constitui em um ambiente);
 - 2.5.Depósito de material de limpeza;
 - 2.6.Depósito de equipamentos e materiais;
 - 2.7.Copa;
 - 2.8.Refeitório das parturientes (para CPN intra-hospitalar este espaço é opcional);e
 - 2.9.Área para guarda de macas e cadeiras de rodas (ambiente opcional).

OBS.: Como unidade intra-hospitalar, o CPN poderá compartilhar os ambientes de apoio com outros setores do estabelecimento ao qual pertence desde que estejam situados em local próximo, de fácil acesso e possuam dimensões compatíveis com a demanda de serviços a serem atendidos.

3. Equipamentos Mínimos do Centro de Parto Normal:

- 3.1.Estetoscópio clínico;
- 3.2.Esfigmomanômetro;
- 3.3.Fita métrica;
- 3.4.Estetoscópio sonar, 01 (um) por quarto PPP;
- 3.5.Amnioscópio com fonte de luz;
- 3.6.Mesa auxiliar;
- 3.7.Foco de luz móvel;
- 3.8.Instrumental para exame ginecológico incluindo espelho vaginal e pinça de Cheron;
- 3.9.Materiais para alívio não farmacológico da dor e de estímulo à evolução fisiológica do trabalho de parto, tais como:
 - 3.9.1.Barra fixa ou escada de Ling;
 - 3.9.2.Bola de Bobat e cavalinho;
 - 3.9.3.Arco de suporte (acoplável e removível na cama de alvenaria) que possibilite a adoção da posição de cócoras pela mulher;
 - 3.9.4.Banheira ou piscina para o trabalho de parto/parto;
 - 3.10.Perneira para adoção da posição ginecológica pela mulher (acoplável e removível na cama de alvenaria);
 - 3.11.Instrumental para parto normal com clampeador de cordão;
 - 3.12.Mesa para refeição;
 - 3.13.Colchão de 1,28m x 1,88m, D33 revestido com material lavável para quarto PPP
 - 3.14.Banquetas e/ou cadeiras para o parto vertical;
 - 3.15.Relógio de parede com marcador de segundos, 01 (um) por quarto PPP;
 - 3.16.Balança para recém-nascido;
 - 3.17.Oxímetro de pulso;
 - 3.18.Berço aquecido para reanimação com fonte de calor radiante;
 - 3.19.Berço de acrílico, 01 (um) por quarto PPP;
 - 3.20.Material para aspiração: sondas traqueais sem válvula números 4, 6, 8, 10, 12 e 14; sondas de aspiração gástrica números 6, 8 e 10. Dispositivo para aspiração de mecônio na traquéia;
 - 3.21.Material para ventilação: balão auto-inflável de 500 ml e de 750 ml, reservatório de oxigênio aberto ou fechado, com válvula de segurança com escape entre 30-40 cm H₂O e/ou manômetro, máscaras faciais para recém-nascidos a termo;
 - 3.22.Capacete HOOD para oxigenioterapia de RN;
 - 3.23.Plástico protetor para evitar perda de calor;
 - 3.24.Maleta de reanimação com material para intubação: laringoscópio com lâminas retas tamanhos 0 e 1, cânulas traqueais de diâmetro uniforme sem balonete, tamanhos 2,5 - 3,0 - 3,5 - 4,0 mm;
 - 3.25.Material para cateterismo umbilical;
 - 3.26.Incubadora de transporte (caso o estabelecimento não possua);
 - 3.27.Fonte de oxigênio;
 - 3.28.Poltrona reclinável para acompanhante;
 - 3.29.Mesa para exame ginecológico;
 - 3.30.Escadinha de dois lances; e
 - 3.31.Computador com impressora;
 - 3.32.Cardiotocógrafo

Equipamentos e Materiais Opcionais do Centro de Parto Normal:

- 4.1.Camas PPP;
- 4.2.Mesa de cabeceira; e
- 4.3.Equipamento áudio-visual.

ANEXO 9 DO ANEXO II

INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE O PROCEDIMENTO DE PARTO NORMAL EM CENTRO DE PARTO NORMAL (CPN)
(Origem: PRT MS/GM 11/2015, Anexo 4)

INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE O PROCEDIMENTO DE PARTO NORMAL EM CENTRO DE PARTO NORMAL (CPN)

Procedimento	03.10.01.005-5 - PARTO NORMAL EM CENTRO DE PARTO NORMAL (CPN)
Descrição	PARTO NORMAL DE GESTANTE DE RISCO HABITUAL
Origem	03.10.01.003-9
Modalidade	Hospitalar
Instrumento de registro	AIH (Proc. Principal)
Complexidade	Média Complexidade
Tipo de financiamento	Média e Alta Complexidade (MAC)
Valor Serviço Ambulatorial	R\$ 0,00
Valor Serviço Ambulatorial Total	R\$ 0,00
Valor Serviço Hospitalar	R\$ 267,60
Valor Serviço Profissional	R\$ 175,80
Valor Hospitalar Total	R\$ 443,40
Atributo complementar	Exige VDRL na AIH
Sexo	Feminino
Idade mínima	15 anos
Idade máxima	40 anos
Média de permanência	2
Leito	02 - Obstétrico
CBO	2231F9, 223545, 225250
CID	O631, O800, O801, O808, O809, P95
Habilitação	14.03 Unidade que realiza assistência ao parto sem distócia por enfermeiro obstetra ou obstetriz; 14.10 Unidade de Centro de Parto Normal intra-hospitalar Tipo I com 3PPP 14.11 Unidade de Centro de Parto Normal intra-hospitalar Tipo I 5PPP 14.12 Unidade de Centro de Parto Normal peri-hospitalar com 5 PPP 14.17 Unidade de Centro de Parto Normal peri-hospitalar com 3 PPP 14.18 Unidade de Centro de Parto Normal intra-hospitalar Tipo II com 3PPP 14.19 Unidade de Centro de Parto Normal intra-hospitalar Tipo II 5PPP

ANEXO 10 DO ANEXO II

TABELA COM CÁLCULO DO DIMENSIONAMENTO MÍNIMO DOS AMBIENTES (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Anexo 2)

TABELA COM CÁLCULO DO DIMENSIONAMENTO MÍNIMO DOS AMBIENTES

1) ÁREA MÍNIMA DOS AMBIENTES OBRIGATÓRIOS	m2/ocupante	nºde mulheres/bebês acolhidas		
	m²	10	15	20
Espaço de Estar das usuárias multiuso	1,50	15,00	22,50	30,00
Cozinha/copa	1,20	12,00	18,00	24,00
Quartos para alojamento	6,00	60,00	90,00	120,00
Sala de atendimento multiprofissional	12,00	12,00	12,00	12,00
Área de Serviço	0,70	7,00	10,50	14,00
Banheiros para gestantes e puérperas: 1cd/ 5 mulher	3,80	7,60	11,40	15,20
Sanitário para visitantes e funcionários : 1 masc. e 1 fem. Cd/ 20 ocupantes	3,60	3,60	3,60	3,60
2)TOTAL PARCIAL		127,20	183,00	238,80
3) ÁREA MÍNIMA DA ÁREA DE CIRCULAÇÃO + PAREDES - valor a ser acrescido sobre área mínima dos ambientes obrigatórios (25%)		31,8	45,75	59,7
4) ÁREA MÍNIMA TOTAL DA CASA		159,00	228,75	298,50

ANEXO 11 DO ANEXO II

ESTRUTURA DA CASA DA GESTANTE, BEBÊ E PUÉRPERA (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Anexo 3)

ESTRUTURA DA CASA DA GESTANTE, BEBÊ E PUÉRPERA

As novas construções e reformas de CGBP deverão possuir estrutura proporcional à sua capacidade de ocupação, conforme os requisitos a seguir:

- 1. espaço de estar das usuárias com 1,5m² por usuária da CGBP;
- 2. cozinha/copa com 1,2m² por ocupante da CGBP;
- 3. quartos para alojamento de gestantes, de recém-nascidos e de puérperas, totalizando dez, quinze ou vinte camas, de acordo com o número de usuárias da casa, com área mínima de 6,0m² por usuária da CGBP;
- 4. sala de atendimento multiprofissional com área mínima de 12m²;
- 5. área de serviços com 0,70m² por usuária da CGBP;
- 6. área para lazer na parte externa da CGBP com incidência direta de sol e com espaço para poltronas de descanso e deambulação livre, quando houver espaço disponível;
- 7. banheiros para usuárias: 1 (um) banheiro contendo 1 (um) vaso sanitário, 1(uma) pia e 1 (um) chuveiro, com, no mínimo, 3,8m² para 1 (um) grupo de 5 usuárias da CGBP;
- 8. banheiros para visitantes e funcionários: 1 (um) banheiro para uso masculino e 1 (um) banheiro para uso feminino contendo, cada um deles, 1 (um) vaso sanitário e 1(uma) pia, com, no mínimo, 3,6m² cada:

- a) O somatório da metragem específica de todos os ambientes deve ser acrescido em 25% (vinte e cinco por cento), referente às áreas de circulação e elementos construtivos (paredes);
- b) as camas podem ser distribuídas em três, quatro ou cinco cômodos, observado o parâmetro de metragem;
- c) nos quartos de alojamento do recém-nascido deverão estar contemplados espaços para o berço do recém-nascido e a cama da mãe ou acompanhante, com vistas a garantir que mães puérperas sejam alojadas necessariamente junto com seus filhos recém-nascidos;
- d) o banheiro poderá ser ampliado, num mesmo espaço ou em espaços diretamente ligados, para atender mais grupos de 5 (cinco) usuárias, desde que contemplado, proporcionalmente, com a metragem mínima aplicável ao número de usuárias atendidas e o número de vasos sanitários, pias e chuveiros para sua utilização;
- e) o banheiro para visitantes e usuários poderá ser ampliado, num mesmo espaço ou em espaços diretamente ligados, para atender mais visitantes e funcionários, desde que contemplado, proporcionalmente, com a metragem mínima aplicável ao número de visitantes e funcionários e o número de vasos sanitários e pias para sua utilização; e

f) as normas de acessibilidade deverão ser respeitadas em todos os cômodos da CGBP;

9. A CGBP deverá contar, no mínimo, com os seguintes equipamentos, materiais e mobiliários:

- a) balança antropométrica;
- b) balança neonatal;
- c) estetoscópio adulto e neonatal;
- d) esfigmomanômetros;
- e) cama;
- f) berço;
- g) armário;
- h) sofá;
- i) escada de dois degraus;
- j) mesa para refeição;
- k) geladeira;
- l) fogão;
- m) lavadora de roupas;
- n) televisão; e
- o) computador.

10. Quando houver área para lazer na parte externa, a CGBP deverá contar com poltrona e/ou rede para banho de sol do recém-nascido e puérpera ou gestante.

ANEXO 12 DO ANEXO II

MATERIAL NECESSÁRIO PARA A REANIMAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Anexo 1)

MATERIAL NECESSÁRIO PARA A REANIMAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO (KIT carrinho)

I - Sala de parto e/ou de reanimação com temperatura ambiente de 26°C e:

- a) mesa de reanimação com acesso por 3 lados;
- b) monte de calor radiante;
- c) fontes de oxigênio umidificado e de ar comprimido, com fluxômetros;
- d) aspirador a vácuo com manômetro;
- e) relógio de parede com ponteiro de segundos; e
- f) termômetro digital para mensuração da temperatura ambiente.

II - Material para aspiração:

- a) Sondas: traqueais N° 6, 8 e 10 e gástricas curtas N° 6 e 8;
- b) Dispositivo para aspiração de mecônio; e
- c) Seringa de 20 ml.

III - Material para ventilação:

a) reanimador manual neonatal (balão auto-inflável com volume máximo de 750 ml, reservatório de O2 e válvula de escape com limite de 30-40 cm H2O e/ou manômetro);

- b) ventilador mecânico manual neonatal em T;
- c) máscaras redondas com coxim para prematuros tamanho 00 e 0 e de termo 1;
- d) blender para mistura oxigênio/ar; e
- e) oxímetro de pulso com sensor neonatal e bandagem elástica escura.

IV - Material para intubação traqueal:

- a) laringoscópio infantil com lâmina reta n° 00, 0 e 1;
- 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%; e
- d) pilhas e lâmpadas sobressalentes.

V - Medicamentos:

- a) adrenalina (diluir em SF 0,9% a 1/10.000 em seringa de 5,0 ml para uso endotraqueal);
- b) adrenalina (diluir em SF 0,9% a 1/10.000 em seringa de 1,0 ml para uso endovenoso); e
- c) expansor de volume (SF 0,9% ou Ringer-lactato) em 2 seringas de 20 ml.

VI - Material para cateterismo umbilical:

- a) campo fenestrado esterilizado, cadarço de algodão e gaze;
- b) pinça tipo kelly reta de 14 cm e cabo de bisturi com lâmina Nº 21;
- c) porta agulha de 11 cm e fio agulhado mononylon 4.0; e
- d) cateter umbilical 5F ou 8F de PVC ou poliuretano.

VII - Outros:

- a) luvas e óculos de proteção individual;
- b) compressas e gazes esterilizadas;
- c) estetoscópio neonatal;
- d) saco de polietileno de 30x50 cm e touca para proteção térmica do prematuro; e
- e) tesoura de ponta romba e clampeador de cordão umbilical.

ANEXO III

Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) (Origem: PRT MS/GM 1600/2011)

Art. 1º Este Anexo institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 1º)

LIVRO I

DAS DIRETRIZES DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

(Origem: PRT MS/GM 1600/2011, CAPÍTULO I)

Art. 2º Constituem-se diretrizes da Rede de Atenção às Urgências: (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 2º)

I - ampliação do acesso e acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 2º, I)

II - garantia da universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e às relacionadas a causas externas (traumatismos, violências e acidentes); (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 2º, II)

III - regionalização do atendimento às urgências com articulação das diversas redes de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 2º, III)

IV - humanização da atenção garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 2º, IV)

V - garantia de implantação de modelo de atenção de caráter multiprofissional, compartilhado por trabalho em equipe, instituído por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseado na gestão de linhas de cuidado; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 2º, V)

VI - articulação e integração dos diversos serviços e equipamentos de saúde, constituindo redes de saúde com conectividade entre os diferentes pontos de atenção; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 2º, VI)

VII - atuação territorial, definição e organização das regiões de saúde e das redes de atenção a partir das necessidades de saúde destas populações, seus riscos e vulnerabilidades específicas; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 2º, VII)

VIII - atuação profissional e gestora visando o aprimoramento da qualidade da atenção por meio do desenvolvimento de ações coordenadas, contínuas e que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 2º, VIII)

IX - monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços através de indicadores de desempenho que investiguem a efetividade e a resolutividade da atenção; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 2º, IX)

X - articulação interfederativa entre os diversos gestores desenvolvendo atuação solidária, responsável e compartilhada; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 2º, X)

XI - participação e controle social dos usuários sobre os serviços; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 2º, XI)

XII - fomento, coordenação e execução de projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas, a partir da construção de mapas de risco regionais e locais e da adoção de protocolos de prevenção, atenção e mitigação dos eventos; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 2º, XII)

XIII - regulação articulada entre todos os componentes da Rede de Atenção às Urgências com garantia da equidade e integralidade do cuidado; e (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 2º, XIII)

XIV - qualificação da assistência por meio da educação permanente das equipes de saúde do SUS na Atenção às Urgências, em acordo com os princípios da integralidade e humanização. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 2º, XIV)

Art. 3º Fica organizada, no âmbito do SUS, a Rede de Atenção às Urgências. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 3º)

§ 1º A organização da Rede de Atenção às Urgências tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 3º, § 1º)

§ 2º A Rede de Atenção às Urgências deve ser implementada, gradativamente, em todo território nacional, respeitando-se critérios epidemiológicos e de densidade populacional. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 3º, § 2º)

§ 3º O acolhimento com classificação de risco, a qualidade e a resolutividade na atenção constituem a base do processo e dos fluxos assistenciais de toda Rede de Atenção às Urgências e devem ser requisitos de todos os pontos de atenção. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 3º, § 3º)

§ 4º A Rede de Atenção às Urgências priorizará as linhas de cuidados cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 3º, § 4º)

Art. 4º A Rede de Atenção às Urgências é constituída pelos seguintes componentes: (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 4º)

I - Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 4º, I)

II - Atenção Básica em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 4º, II)

III - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 4º, III)

IV - Sala de Estabilização; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 4º, IV)

V - Força Nacional de Saúde do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 4º, V)

VI - Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 4º, VI)

VII - Hospitalar; e (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 4º, VII)

VIII - Atenção Domiciliar. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 4º, VIII)

LIVRO II

DOS COMPONENTES DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E SEUS OBJETIVOS

(Origem: PRT MS/GM 1600/2011, CAPÍTULO II)

Art. 5º O Componente Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde tem por objetivo estimular e fomentar o desenvolvimento de ações de saúde e educação permanente voltadas para a vigilância e prevenção das violências e acidentes, das lesões e mortes no trânsito e das doenças crônicas não transmissíveis, além de ações intersetoriais, de participação e mobilização da sociedade visando a promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância à saúde. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 5º)

Art. 6º O Componente Atenção Básica em Saúde tem por objetivo a ampliação do acesso, fortalecimento do vínculo e responsabilização e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção, quando necessário, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 6º)

Art. 7º O Componente Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátricas, psiquiátricas, entre outras) que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário, garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 7º)

Parágrafo Único. O Componente de que trata o caput deste artigo pode se referir a atendimento primário quando o pedido de socorro for oriundo de um cidadão ou de atendimento secundário quando a solicitação partir de um serviço de saúde no qual o paciente já tenha recebido o primeiro atendimento necessário à estabilização do quadro de urgência apresentado, mas que necessita ser conduzido a outro serviço de maior complexidade para a continuidade do tratamento. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 7º, Parágrafo Único)

Art. 8º O Componente Sala de Estabilização deverá ser ambiente para estabilização de pacientes críticos e/ou graves, com condições de garantir a assistência 24 horas, vinculado a um equipamento de saúde, articulado e conectado aos outros níveis de atenção, para posterior encaminhamento à rede de atenção a saúde pela central de regulação das urgências. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 8º)

Parágrafo Único. O Componente de que trata o caput deste artigo não se caracteriza como novo serviço de saúde para assistência a toda demanda espontânea, mas sim para garantir a disponibilidade de atendimento para estabilização dos agravos críticos à saúde. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 8º, Parágrafo Único)

Art. 9º O Componente Força Nacional de Saúde do SUS objetiva aglutinar esforços para garantir a integralidade na assistência em situações de risco ou emergenciais para populações com vulnerabilidades específicas e/ou em regiões de difícil acesso, pautando-se pela equidade na atenção, considerando-se seus riscos. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 9º)

Art. 10. O Componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas está assim constituído: (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 10)

I - a Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 h) é o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar, devendo com estas compor uma rede organizada de atenção às urgências; e (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 10, I)

II - as Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24 h) e o conjunto de Serviços de Urgência 24 Horas não hospitalares devem prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 10, II)

Art. 11. O Componente Hospitalar será constituído pelas Portas Hospitalares de Urgência, pelas enfermarias de retaguarda, pelos leitos de cuidados intensivos, pelos serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório e pelas linhas de cuidados prioritárias. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 11)

Art. 12. O Componente Atenção Domiciliar é compreendido como o conjunto de ações integradas e articuladas de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, que ocorrem no domicílio, constituindo-se nova modalidade de atenção à saúde que acontece no território e reorganiza o processo de trabalho das equipes, que realizam o cuidado domiciliar na atenção primária, ambulatorial e hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 12)

TÍTULO I

DO COMPONENTE HOSPITALAR DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS NO ÂMBITO DO SUS

Art. 13. O Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências será estruturado de forma articulada e integrada a todos os outros componentes dessa Rede, a partir do Plano de Ação Regional, conforme Anexo III. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 2º)

CAPÍTULO I

DOS OBJETIVOS E DIRETRIZES DO COMPONENTE HOSPITALAR DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

(Origem: PRT MS/GM 2395/2011, CAPÍTULO I)

Art. 14. São objetivos do Componente Hospitalar da Rede Atenção às Urgências: (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 3º)

I - organizar a atenção às urgências nos hospitais, de modo que atendam à demanda espontânea e/ou referenciada e funcionem como retaguarda para os outros pontos de atenção às urgências de menor complexidade; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 3º, I)

II - garantir a atenção hospitalar nas linhas de cuidado prioritárias, em articulação com os demais pontos de atenção. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 3º, II)

III - garantir retaguarda de atendimentos de média e alta complexidade; procedimentos diagnósticos e leitos clínicos, cirúrgicos, de leitos de Cuidados Prolongados e de terapia intensiva para a rede de atenção às urgências; e (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 3º, III) (com redação dada pela PRT MS/GM 2809/2012)

Art. 15. Constituem diretrizes do Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências: (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 4º)

I - universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 4º, I)

II - humanização da atenção, garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 4º, II)

III - atendimento priorizado, mediante acolhimento com Classificação de Risco, segundo grau de sofrimento, urgência e gravidade do caso; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 4º, III)

IV - regionalização do atendimento às urgências, com articulação dos diversos pontos de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 4º, IV)

V - atenção multiprofissional, instituída por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseada na gestão de linhas de cuidado. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 4º, V)

CAPÍTULO II **DAS PORTAS DE ENTRADA HOSPITALARES DE URGÊNCIA** (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, CAPÍTULO II)

Art. 16. Para efeito deste Título, são Portas de Entrada Hospitalares de Urgência os serviços instalados em uma unidade hospitalar para prestar atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 5º)

§ 1º Atendimento ininterrupto é aquele que funciona nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 5º, § 1º)

§ 2º As Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, objeto deste Título, devem estar instaladas em unidades hospitalares estratégicas para a rede de atenção às urgências. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 5º, § 2º)

§ 3º As Portas de Entrada Hospitalares de Urgência de atendimento exclusivo de obstetrícia e psiquiatria não estão incluídas no conjunto de Portas de Entrada Hospitalares de Urgência previstas neste Título. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 5º, § 3º)

Art. 17. São consideradas unidades hospitalares estratégicas para a Rede de Atenção às Urgências aquelas que se enquadrarem nos seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 6º)

I - ser referência regional, realizando no mínimo 10% (dez por cento) dos atendimentos oriundos de outros Municípios, conforme registro no Sistema de Informação Hospitalar (SIH); (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 6º, I)

II - ter no mínimo 100 (cem) leitos cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos (SCNES); (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 6º, II)

III - estar habilitada em pelo menos uma das seguintes linhas de cuidado: (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 6º, III)

a) cardiovascular; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 6º, III, a)

b) neurologia/neurocirurgia; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 6º, III, b)

c) pediatria; e (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 6º, III, c)

d) traumato-ortopedia. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 6º, III, d)

§ 1º As instituições hospitalares que não se enquadrarem estritamente nos requisitos estabelecidos neste artigo, mas que, excepcionalmente, forem consideradas estratégicas para a referência regional no Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências poderão se beneficiar dos investimentos estabelecidos neste Título. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 6º, § 1º)

§ 2º A caracterização de unidades hospitalares como excepcionalmente estratégicas para a referência regional do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências será pactuada na Comissão Intergestores Regional (CIR) e na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e avaliada pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 6º, § 2º)

CAPÍTULO III **DOS LEITOS DE RETAGUARDA** (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, CAPÍTULO III)

§ 1º Os novos leitos de retaguarda poderão localizar-se nas unidades hospitalares estratégicas, definidas pelo art. 17, ou em outros hospitais de retaguarda localizados nas regiões de saúde em que estejam situadas as unidades hospitalares estratégicas. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 11, § 2º)

Art. 18. O Componente Hospitalar de Atenção às Urgências deverá garantir e organizar a retaguarda de leitos para a Rede de Atenção às Urgências, por meio da ampliação e qualificação de enfermarias clínicas de retaguarda, leitos de Cuidados Prolongados e leitos de terapia intensiva. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 11) (com redação dada pela PRT MS/GM 2809/2012)

§ 2º O número de novos leitos de retaguarda de enfermarias clínicas e terapia intensiva (UTI) será calculado de acordo com parâmetros de necessidade, por tipo de leito, conforme definido na Portaria n.º 1.101/GM/MS, de 12 de junho de 2002. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 11, § 1º) (com redação dada pela PRT MS/GM 2809/2012)

§ 3º O número de novos leitos de Cuidados Prolongados será calculado de acordo com parâmetros de necessidade definidos em ato específico. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 11, § 3º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 2809/2012)

CAPÍTULO IV **DOS SISTEMAS ESTADUAIS DE REFERÊNCIA HOSPITALAR EM ATENDIMENTO DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS**

Art. 19. Ficam criados mecanismos para a implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 1º)

Art. 20. Ficam estabelecidos os seguintes critérios para classificação e inclusão dos hospitais nos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências, que farão jus à remuneração adicional estabelecida no art. 22: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º)

§ 1º Hospitais Tipo I - são hospitais especializados, que contam com recursos tecnológicos e humanos adequados para o atendimento das urgências/emergências de natureza clínica e cirúrgica, nas áreas de pediatria ou traumato-ortopedia ou cardiologia. Devem dispor de: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º)

I - área física e instalações - compatíveis com as normas do Ministério da Saúde e adequadas para o acolhimento e atendimento especializado aos portadores de danos e/ou agravos específicos em situação de urgência/emergência. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, I)

II - recursos tecnológicos mínimos e indispensáveis - propedêuticos e/ou terapêuticos, existentes no hospital para o atendimento das urgências/emergências especializados em: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II)

a) cardiologia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, a)

1. radiologia convencional; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, a, 1)

2. análises clínicas laboratoriais; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, a, 2)

3. eletrocardiografia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, a, 3)

4. ultra-sonografia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, a, 4)
5. ecocardiografia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, a, 5)
6. hemodinâmica; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, a, 6)
7. angiografia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, a, 7)
8. cirurgia cardiovascular; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, a, 8)
9. unidade de terapia intensiva; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, a, 9)
10. agência transfusional, e (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, a, 10)
11. anestesiologia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, a, 11)
- b) pediatria:** (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, b)

1. radiologia convencional; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, b, 1)
2. análises clínicas laboratoriais; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, b, 2)
3. eletrocardiografia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, b, 3)
4. ultra-sonografia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, b, 4)
5. unidade de terapia intensiva; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, b, 5)
6. cirurgia pediátrica, e (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, b, 6)
7. anestesiologia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, b, 7)

c) traumatologia: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, c)

1. radiologia convencional; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, c, 1)
2. análises clínicas laboratoriais; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, c, 2)
3. intensificador de imagem, e (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, c, 3)
4. anestesiologia. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, c, 4)

III - outros recursos tecnológicos acessíveis e/ou alcançáveis sob a forma de contrato, convênio, comodato, parceria ou compra direta de serviço, com identificação do prestador, próprios dos hospitais de: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, III)

a) cardiologia: tomografia computadorizada (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, III, a)

b) pediatria: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, III, b)

1. agência transfusional; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, III, b, 1)
2. tomografia computadorizada; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, III, b, 2)
3. broncoscopia, e (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, III, b, 3)
4. endoscopia. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, III, b, 4)
- c) traumatologia:** (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, III, c)
1. tomografia computadorizada; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, III, c, 1)
2. cirurgia vascular; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, III, c, 2)
3. cirurgia bucomaxilofacial; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, III, c, 3)
4. cirurgia geral; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, III, c, 4)
5. neurocirurgia, e (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, III, c, 5)
6. agência transfusional; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, III, c, 6)

IV - recursos humanos mínimos indispensáveis, presentes no hospital, capacitados para atendimento às urgências/emergências específicas nas áreas de: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, IV)

a) cardiologia: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, IV, a)

1. cardiologista; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, IV, a, 1)
2. hemodinamicista; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, IV, a, 2)
3. angiografista; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, IV, a, 3)
4. cirurgião cardiovascular; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, IV, a, 4)
5. intensivista; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, IV, a, 5)
6. ecocardiografista; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, IV, a, 6)
7. imagenologista, e (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, IV, a, 7)
8. anestesiologista; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, IV, a, 8)
- b) pediatria:** (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, IV, b)
1. pediatra; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, IV, b, 1)
2. intensivista; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, IV, b, 2)
3. cirurgião pediátrico, e (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, IV, b, 3)
4. anestesista; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, IV, b, 4)
- c) traumatologia:** (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, IV, c)
1. ortopedista e traumatologista; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, IV, c, 1)
2. clínico geral; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, IV, c, 2)
3. anestesista. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, IV, c, 3)

V - outros recursos humanos alcançáveis, identificados por especialidade e capacitados para o atendimento às urgências/emergências nas áreas de: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, V)

a) cardiologia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, V, a)

1. imagenologista, e (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, V, a, 1)

2. hematologista. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, V, a, 2)

b) pediatria; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, V, b)

1. imagenologista; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, V, b, 1)

2. hematologista; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, V, b, 2)

3. broncoscopista; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, V, b, 3)

4. endoscopista, e (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, V, b, 4)

5. neuropediatria. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, V, b, 5)

c) Traumatologia-ortopedia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, V, c)

1. imagenologista; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, V, c, 1)

2. cirurgião vascular; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, V, c, 2)

3. cirurgião bucomaxilofacial; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, V, c, 3)

4. cirurgião geral; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, V, c, 4)

5. neurocirurgião, e (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, V, c, 5)

6. hematologista. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, V, c, 6)

§ 2º Hospitais Tipo II - são hospitais gerais que dispõem de unidade de urgência/emergência e de recursos tecnológicos e humanos adequados para o atendimento geral das urgências/emergências de natureza clínica e cirúrgica. Devem dispor de: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º)

I - área física e instalações - compatíveis com as normas do Ministério da Saúde e adequadas para o acolhimento e atendimento dos portadores de danos e/ou agravos caracterizados como urgência/emergência clínica e cirúrgica. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, I)

II - recursos tecnológicos mínimos e indispensáveis existentes no hospital - para propedêutica e/ou terapêutica dos atendimentos de urgência/emergência, a saber: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, II)

a) radiologia convencional; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, II, a)

b) ultra-sonografia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, II, b)

c) análises clínicas laboratoriais; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, II, c)

d) eletrocardiografia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, II, d)

e) terapia intensiva; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, II, e)

f) tomografia computadorizada; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, II, f)

g) endoscopia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, II, g)

h) agência transfusional; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, II, h)

i) anesthesiologia. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, II, i)

III - outros recursos tecnológicos - próprios ou de terceiros, acessíveis sob a forma de contrato, convênio, comodato, parceria ou compra direta de serviço, com identificação dos prestadores, a saber: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, II)

a) broncoscopia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, II, a)

b) hemodinâmica; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, II, b)

c) angiografia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, II, c)

d) ecocardiografia, e (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, II, d)

e) terapia renal substitutiva; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, II, e)

IV - recursos humanos mínimos e indispensáveis - presentes no hospital, capacitados para o atendimento às urgências/emergências nas áreas de: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, III)

a) clínica médica; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, III, a)

b) clínica pediátrica; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, III, b)

c) cirurgia geral; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, III, c)

d) ortopedia e traumatologia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, III, d)

e) anestesia, e (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, III, e)

f) tratamento intensivo. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, III, f)

V - outros recursos humanos alcançáveis, identificados por especialidade, capacitados para o atendimento às urgências/emergências nas áreas de: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, IV)

a) oftalmologia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, IV, a)

b) endoscopia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, IV, b)

c) broncoscopia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, IV, c)

d) otorrinolaringologia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, IV, d)

e) cardiologia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, IV, e)

f) odontologia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, IV, f)

g) hemodinâmica; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, IV, g)

h) neurologia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, IV, h)

- i) neurocirurgia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, IV, i)
- j) angiografia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, IV, j)
- k) psiquiatria; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, IV, k)
- l) gineco-obstetrícia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, IV, l)
- m) hematologista, e (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, IV, m)
- n) cirurgia pediátrica. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, IV, n)

§ 3º Hospitais Tipo III - são hospitais gerais caracterizados como aqueles que contam com recursos tecnológicos e humanos adequados para o atendimento geral das urgências/emergências clínicas, cirúrgicas e traumatológicas, desempenham ainda as atribuições de capacitação, aprimoramento e atualização dos recursos humanos envolvidos com as atividades meio e fim da atenção às urgências/emergências. Devem dispor de: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º)

I - área física e instalações - compatíveis com as normas do Ministério da Saúde e adequadas para acolhimento e atendimento dos portadores de danos e/ou agravos caracterizados como pequenas, médias ou grandes urgências/emergências, de natureza clínica ou cirúrgica; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, I)

II - recursos tecnológicos mínimos e indispensáveis - propedêuticos e/ou terapêuticos, existentes no hospital, a saber: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, II)

- a) análises clínicas laboratoriais; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, II, a)
- b) radiologia convencional; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, II, b)
- c) ultra-sonografia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, II, c)
- d) eletrocardiografia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, II, d)
- e) unidade de terapia intensiva; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, II, f)
- f) tomografia computadorizada; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, II, g)
- g) agência transfusional; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, II, h)
- h) endoscopia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, II, i)
- i) broncoscopia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, II, j)
- j) terapia renal substitutiva; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, II, k)
- k) anestesiologia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, II, l)
- l) neurocirurgia, e (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, II, m)
- m) Ecocardiografia. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, II, n)

III - outros recursos tecnológicos - próprios ou de terceiros, acessíveis sob a forma de contrato, convênio, comodato, parceria ou compra direta de serviço, com identificação dos prestadores, a saber: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, III)

- a) hemodinâmica, e (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, III, a)
- b) angiografia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, III, b)

IV - recursos humanos mínimos e indispensáveis - presentes no hospital, capacitados nas áreas de: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, IV)

- a) clínica médica; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, IV, a)
- b) clínica pediátrica; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, IV, b)
- c) cirurgia geral adulto e pediátrico; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, IV, c)
- d) ortopedia e traumatologia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, IV, d)
- e) anestesia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, IV, e)
- f) terapia intensiva; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, IV, f)
- g) odontologia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, IV, g)
- h) radiologia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, IV, h)
- i) cardiologista, e (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, IV, i)
- j) neurologista (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, IV, j)

V - outros recursos humanos - alcançáveis, mediante indicação dos profissionais, capacitados nas áreas de: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, V)

- a) cirurgia vascular; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, V, a)
- b) toxicologia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, V, b)
- c) oftalmologia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, V, c)
- d) hemodinâmica; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, V, d)
- e) angiografia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, V, e)
- f) endoscopia digestiva; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, V, f)
- g) broncoscopia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, V, g)
- h) otorrinolaringologia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, V, h)
- i) cirurgia bucomaxilofacial.; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, V, i)
- j) cirurgia plástica; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, V, j)
- k) gineco-obstetrícia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, V, k)
- l) psiquiatria; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, V, l)
- m) cirurgia torácica, e (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, V, m)

n) neurocirurgia. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, V, n)

§ 4º Ficam entendidos como recursos tecnológicos e humanos acessíveis/alcançáveis aqueles que são necessários ao atendimento aos pacientes em situação de urgência/emergência e pelos quais a unidade hospitalar se responsabiliza, garantindo com recursos do próprio hospital o acesso ao serviço ou profissional. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 4º)

Art. 21. As Unidades Hospitalares que preencherem os requisitos constantes do art. 20 e participarem das Centrais de Regulação ou de Mecanismos de Garantia de Referência, passarão a dispor das condições para integrar o Sistema Estadual de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 3º)

Art. 22. Os hospitais integrantes do Sistema Estadual de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências receberão remuneração adicional, relativa aos procedimentos de internação hospitalar de emergência listados no Anexo 1 do Anexo III, de conformidade com a seguinte classificação e respectivos percentuais: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 4º)

I - Hospital Tipo I - 20%; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 4º, I)

II - Hospital Tipo II - 35%, e (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 4º, II)

III - Hospital Tipo III - 50%. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 4º, III)

Parágrafo Único. Os atendimentos às urgências/emergências psiquiátricas somente farão jus à remuneração adicional quando realizadas nos hospitais gerais, sejam tipo II ou III. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 23. Para a efetivação do pagamento do adicional, de que trata o art. 22, deverá ser lançado no campo específico da AIH para CARÁTER DE INTERNAÇÃO, o dígito 2 - Emergência em Unidade de Referência. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 5º)

Art. 24. Ficam definidos os procedimentos passíveis de cobrança, na forma dos artigos anteriores, os quais constam do Anexo 1 do Anexo III. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 6º)

Parágrafo Único. A Secretaria de Atenção à Saúde fica autorizada a emitir portarias, incluindo ou excluindo procedimentos objeto deste artigo. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 6º, Parágrafo Único)

Art. 25. O gestor estadual/municipal deverá realizar supervisão nas AIH emitidas, bem como programar e executar a realização de auditorias. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 7º)

Art. 26. O adicional de que trata o art. 22 não será cumulativo com o Índice de Valorização Hospitalar de Emergência (IVH-E). (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 8º)

Art. 27. Não serão passíveis de adicional as órteses, próteses e materiais especiais, hemoterapia e procedimentos de alta complexidade em Neurocirurgia. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 9º)

Art. 28. Cada Sistema Estadual de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências contará com um número máximo de Unidades Hospitalares Tipos I, II e III, a ser definido pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), com base em estudos realizados em conjunto com a respectiva secretaria estadual de saúde, em indicadores populacionais e disponibilidade de recursos.

Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 10)

Art. 29. Cabe ao gestor estadual, após aprovação pela Comissão Intergestores Bipartite, o encaminhamento da proposta de seu Sistema Estadual de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências à Secretaria de Atenção à Saúde que, após análise, providenciará o correspondente reajuste financeiro. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 11)

Art. 30. A classificação dos hospitais, bem como sua consequente remuneração adicional, é dinâmica, pressupondo, portanto, que as Comissões Intergestores Bipartite possam solicitar reenquadramento de unidades à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 12)

§ 1º Nos casos de reavaliação, a mesma será efetuada considerando o cumprimento integral do disposto neste Capítulo, assim como a disponibilidade de recursos. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 12, § 1º)

§ 2º Caso as Secretarias Estaduais de Saúde já tenham enviado a relação de unidades hospitalares para habilitação, com base nos critérios exigidos pela Portaria GM/MS/Nº 2925/98, revogada pelo art. 15 deste ato, e não tenham solicitado alteração no prazo de 30 (trinta) dias, a SAS/MS procederá à análise documental e à visita de inspeção, definindo a classificação de acordo com os critérios deste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 12, § 2º)

§ 3º Para efeito de programação e elaboração dos projetos, o Ministério da Saúde deverá informar a cada estado os recursos financeiros estimados para remuneração adicional de custeio. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 12, § 3º)

Art. 31. As secretarias estaduais ou municipais de saúde realizarão avaliações semestrais nas unidades, podendo solicitar o descredenciamento, caso seja constatado o não cumprimento das exigências deste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 13)

Art. 32. Nos casos em que todas as unidades indicadas já sejam dotadas dos requisitos de qualificação tecnológica exigidos para as unidades hospitalares do tipo III, parcela dos recursos de investimento poderá ser utilizada em unidades hospitalares estratégicas, que façam parte do Sistema Estadual de Atendimento às Urgências e Emergências, medida que deverá ser devidamente justificada pela Comissão Intergestores Bipartite e aprovada pela SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 14)

CAPÍTULO V

DO PROGRAMA DE APOIO À IMPLANTAÇÃO DOS SISTEMAS ESTADUAIS DE REFERÊNCIA HOSPITALAR PARA ATENDIMENTO DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

Art. 33. Fica instituído o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para Atendimento de Urgência e Emergência. (Origem: PRT MS/GM 2923/1998, Art. 1º)

Art. 34. Este programa contará com recursos que deverão ser alocados de acordo com as necessidades da Unidade Federativa: (Origem: PRT MS/GM 2923/1998, Art. 2º)

I - na área de Assistência Pré-hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 2923/1998, Art. 2º, I)

II - nas Centrais de Regulação; (Origem: PRT MS/GM 2923/1998, Art. 2º, II)

III - nos Hospitais de Referência do Sistema Estadual, e (Origem: PRT MS/GM 2923/1998, Art. 2º, III)

IV - em treinamento das respectivas equipes. (Origem: PRT MS/GM 2923/1998, Art. 2º, IV)

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

(Origem: PRT MS/GM 2395/2011, CAPÍTULO V)

Art. 35. Para garantir a qualidade da gestão das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência e dos leitos de retaguarda, as instituições hospitalares contempladas por este Título criarão Núcleos de Acesso e Qualidade Hospitalar, compostos por: (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 27)

I - coordenador da Urgência/Emergência; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 27, I)

II - coordenador da UTI; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 27, II)

III - coordenador das Unidades de internação; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 27, III)

IV - coordenador da central de internação do hospital; e (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 27, IV)

V - representante do gestor local. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 27, V)

Art. 36. Compete aos Núcleos de Acesso e Qualidade Hospitalar: (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 28)

I - garantir o uso dinâmico dos leitos hospitalares, promovendo a interface com as Centrais de Regulação de urgência e internação; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 28, I)

II - promover a permanente articulação entre a unidade de urgência e as unidades de internação; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 28, II)

III - monitorar o tempo de espera para atendimento na emergência e para internação; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 28, III)

IV - propor mecanismos de avaliação por meio de indicadores clínicos e administrativos; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 28, IV)

V - propor e acompanhar a adoção de Protocolos clínicos; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 28, V)

VI - acompanhar o processo de cuidado do paciente, visando ao atendimento no local mais adequado às suas necessidades; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 28, VI)

VII - articular o conjunto das especialidades clínicas e cirúrgicas, bem como as equipes multiprofissionais, garantindo a integralidade do cuidado intra-hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 28, VII)

VIII - manter a vigilância da taxa média de ocupação e da média de permanência; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 28, VIII)

IX - garantir uso racional, universal e equitativo dos recursos institucionais, por meio do controle sobre os processos de trabalho; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 28, IX)

X - atuar junto às equipes na responsabilização pela continuidade do cuidado, por meio da articulação e encaminhamento aos demais serviços da rede; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 28, X)

XI - monitorar o agendamento cirúrgico, com vistas à otimização da utilização das salas; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 28, XI)

XII - agilizar a realização de exames necessários; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 28, XII)

XIII - definir critérios de internação e alta; e (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 28, XIII)

~~XIV - responder às demandas do Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção às Urgências e Comitê Gestor Estadual da Rede de Atenção às Urgências. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 28, XIV)~~

XIV - responder às demandas do Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção às Urgências. ([Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.260 de 02.12.2020](#))

Parágrafo Único. Para o alcance dos objetivos estabelecidos neste artigo, cada membro do grupo terá funções específicas cotidianas relativas ao funcionamento do Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar, articuladas entre si e com o conjunto de coordenadores das diversas especialidades, com agenda conjunta periódica para avaliação das atividades desenvolvidas. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 28, Parágrafo Único)

Art. 37. A SAS/MS publicará portaria específica com os critérios para a reorganização das Linhas de Cuidado Prioritárias. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 29)

Art. 38. Este Título organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 1º)

Parágrafo Único. A organização dar-se-á por meio da ampliação e qualificação das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, das enfermarias clínicas de retaguarda, dos leitos de Cuidados Prolongados e dos leitos de terapia intensiva, e pela reorganização das linhas de cuidados prioritárias de traumatologia, cardiovascular e cerebrovascular, de acordo com os critérios estabelecidos neste Título. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 1º, Parágrafo Único) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 2809/2012)

TÍTULO II

DO COMPONENTE DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU 192)

CAPÍTULO I

DAS DIRETRIZES PARA A IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU 192) E SUA CENTRAL DE REGULAÇÃO DAS URGÊNCIAS, COMPONENTE DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

Art. 39. Este Capítulo define as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componentes da Rede de Atenção às Urgências. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 1º)

Seção I

Das Definições

(Origem: PRT MS/GM 1010/2012, CAPÍTULO I)

Art. 40. Para efeito deste Capítulo, considera-se: (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º)

I - SAMU 192: componente assistencial móvel da Rede de Atenção às Urgências que tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravamento à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras) que possa levar a sofrimento, à sequelas ou mesmo à morte, mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número "192" e acionado por uma Central de Regulação das Urgências; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, I)

II - Central de Regulação das Urgências: estrutura física constituída por profissionais (médicos, telefonistas auxiliares de regulação médica e rádio-operadores) capacitados em regulação dos chamados telefônicos que demandam orientação e/ou atendimento de urgência, por meio de uma classificação e priorização das necessidades de assistência em urgência, além de ordenar o fluxo efetivo das referências e contrarreferências dentro de uma Rede de Atenção; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, II)

III - Base Descentralizada: infraestrutura que garante tempo-resposta de qualidade e racionalidade na utilização dos recursos do componente SAMU 192 regional ou sediado em Município de grande extensão territorial e/ou baixa densidade demográfica, conforme definido no Plano de Ação Regional, com a configuração mínima necessária para abrigo, alimentação, conforto das equipes e estacionamento da(s) ambulância(s); (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, III)

IV - incentivo: modalidade de repasse de recurso financeiro a ser utilizado tanto para investimento, quanto para custeio; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, IV)

V - investimento: modalidade de repasse de recurso financeiro para construção, compra de unidades móveis, aquisição de equipamentos permanentes de saúde, de tecnologia de informação e mobiliário; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, V)

VI - custeio: modalidade de repasse de recurso financeiro para capacitação e educação permanente, manutenção das equipes efetivamente implantadas, reformas, insumos, manutenção de equipamentos e das unidades móveis de urgência; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, VI)

VII - habilitação: processo pelo qual o SAMU 192 e as Centrais de Regulação das Urgências cumprem determinados requisitos do processo de habilitação, tornando-se aptos ao recebimento dos incentivos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde, tanto para investimento quanto para custeio; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, VII)

VIII - qualificação: processo pelo qual o componente SAMU 192 regional já habilitado cumpre requisitos de qualificação estabelecidos neste Capítulo, passando a fazer jus a novos valores de custeio; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, VIII)

IX - Indicadores do SAMU 192: situações utilizadas pelo Ministério da Saúde para avaliação do funcionamento do SAMU 192 no Brasil; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, IX)

X - Coordenador do Serviço: profissional oriundo da área da saúde, com experiência e conhecimento comprovados na atividade de atendimento pré-hospitalar às urgências e de gerenciamento de serviços e sistemas; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, X)

XI - Responsável Técnico: profissional médico responsável pelas atividades médicas do serviço; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, XI)

XII - Responsável de Enfermagem: profissional enfermeiro responsável pelas atividades de enfermagem; e (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, XII)

XIII - Médicos Reguladores: profissionais médicos que, com base nas informações colhidas dos usuários, quando estes acionam a central de regulação, são os responsáveis pelo gerenciamento, definição e operacionalização dos meios disponíveis e necessários para responder a tais solicitações, utilizando-se de protocolos técnicos e da faculdade de arbitrar sobre os equipamentos de saúde do sistema necessários ao adequado atendimento do paciente. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, XIII)

Parágrafo Único. Os indicadores do SAMU 192 são: (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, Parágrafo Único)

I - número geral de ocorrências atendidas no período; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, Parágrafo Único, I)

II - tempo mínimo, médio e máximo de resposta; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, Parágrafo Único, II)

III - identificação dos motivos dos chamados; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, Parágrafo Único, III)

IV - quantitativo de chamados, orientações médicas, saídas de Unidade de Suporte Avançado (USA) e Unidade de Suporte Básico (USB); (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, Parágrafo Único, IV)

V - localização das ocorrências; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, Parágrafo Único, V)

VI - idade e sexo dos pacientes atendidos; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, Parágrafo Único, VI)

VII - identificação dos dias da semana e horários de maior pico de atendimento; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, Parágrafo Único, VII)

VIII - identificação dos dias da semana e horários de maior pico de atendimento; e (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, Parágrafo Único, VIII)

IX - pacientes (número absoluto e percentual) referenciados aos demais componentes da rede, por tipo de estabelecimento. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, Parágrafo Único, IX)

Seção II

Da Composição do Componente SAMU 192
(Origem: PRT MS/GM 1010/2012, CAPÍTULO II)

Subseção I

Da Central de Regulação das Urgências
(Origem: PRT MS/GM 1010/2012, CAPÍTULO II, Seção I)

Art. 41. A Central de Regulação das Urgências terá equipe composta por: (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 3º)

I - Médicos com capacitação em regulação médica das urgências (MR); (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 3º, I)

II - Técnico Auxiliar de Regulação Médica (TARM); e (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 3º, II)

III - Radio-Operador (RO). (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 3º, III)

Art. 42. As Centrais de Regulação das Urgências deverão seguir os quantitativos mínimos de profissionais estabelecidos no Anexo 3 do Anexo III e totais de profissionais estabelecidos no Anexo LXXXIII da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 4º)

Subseção II

Das Bases Descentralizadas
(Origem: PRT MS/GM 1010/2012, CAPÍTULO II, Seção II)

Art. 43. As Bases Descentralizadas poderão existir sempre que se fizer necessária infraestrutura que garanta tempo-resposta de qualidade e racionalidade na utilização dos recursos do componente SAMU 192 regional ou sediado em Município de grande extensão territorial e/ou baixa densidade demográfica, conforme definido no Plano de Ação Regional, com a configuração mínima necessária para abrigo, alimentação, conforto das equipes e estacionamento da(s) ambulância(s). (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 5º)

Parágrafo Único. As Bases Descentralizadas deverão seguir a estrutura física padronizada pelo Ministério da Saúde, incluída a padronização visual. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 5º, Parágrafo Único)

Subseção III

Das Unidades Móveis
(Origem: PRT MS/GM 1010/2012, CAPÍTULO II, Seção III)

Art. 44. As unidades móveis para atendimento de urgência podem ser das seguintes espécies: (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 6º)

I - Unidade de Suporte Básico de Vida Terrestre: tripulada por no mínimo 2 (dois) profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência e um técnico ou auxiliar de enfermagem; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 6º, I)

II - Unidade de Suporte Avançado de Vida Terrestre: tripulada por no mínimo 3 (três) profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência, um enfermeiro e um médico; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 6º, II)

III - Equipe de Aeromédico: composta por no mínimo um médico e um enfermeiro; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 6º, III)

IV - Equipe de Embarcação: composta por no mínimo 2 (dois) ou 3 (três) profissionais, de acordo com o tipo de atendimento a ser realizado, contando com o condutor da embarcação e um auxiliar/técnico de enfermagem, em casos de suporte básico de vida, e um médico e um enfermeiro, em casos de suporte avançado de vida; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 6º, IV)

V - Motolância: conduzida por um profissional de nível técnico ou superior em enfermagem com treinamento para condução de motolância; e (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 6º, V)

VI - Veículo de Intervenção Rápida (VIR): tripulado por no mínimo um condutor de veículo de urgência, um médico e um enfermeiro. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 6º, VI)

Parágrafo Único. Situações excepcionais serão analisadas pela área técnica da Coordenação-Geral de Urgência e Emergência, do Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (CGUE/DAHU/SAS/MS), no sentido de se disponibilizar o tipo de unidade móvel mais adequado às peculiaridades regionais. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 6º, Parágrafo Único)

Seção III
Da Regionalização
(Origem: PRT MS/GM 1010/2012, CAPÍTULO III)

Art. 45. O componente SAMU 192 será regionalizado, a fim de ampliar o acesso às populações dos municípios em todo o território nacional, por meio de diretrizes e parâmetros técnicos definidos pelo Capítulo I do Título II do Livro II. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 7º)

§ 1º Cada região terá um Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências, nos termos definidos em ato do Ministro de Estado da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 7º, § 1º)

§ 2º Para o planejamento, implantação e implementação da regionalização, interiorização e ampliação do acesso ao SAMU 192, deverá ser utilizado, prioritariamente, o parâmetro de tempo-resposta, ou seja, o tempo adequado tecnicamente transcorrido entre a ocorrência do evento de urgência e emergência e a intervenção necessária. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 7º, § 2º)

Art. 46. A regionalização é pré-requisito para análise do componente SAMU 192 do Plano de Ação Regional e poderá ocorrer das seguintes formas: (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 8º)

I - regionalização do SAMU 192 com proposta de agrupamento de Centrais de Regulação das Urgências municipais ou regionais já existentes; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 8º, I)

II - regionalização do SAMU 192 com proposta de incorporação de novos Municípios às Centrais de Regulação das Urgências já existentes; e (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 8º, II)

III - implantação de novas Centrais Regionais de Regulação das Urgências. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 8º, III)

§ 1º O componente SAMU 192 contemplará a rede de urgência em caráter regional, corroborando os propósitos da assistência nas redes de atenção e de acordo com o Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências, garantindo a integralidade do cuidado e a melhoria do acesso. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 8º, § 1º)

§ 2º A Rede de Atenção às Urgências estará integrada por sistemas de informação e comunicação que lhe permita a perfeita compreensão das várias situações, o exercício da Telessaúde e, consequentemente, a adequada atenção aos pacientes. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 8º, § 2º)

Art. 47. Os municípios com população igual ou superior a 500.000 (quinhentos mil) habitantes que já possuem SAMU 192 poderão constituir por si só uma região, para fins de implantação de Central de Regulação das Urgências, desde que todos os Municípios do seu entorno já estejam cobertos por outra Central de Regulação das Urgências. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 9º)

Art. 48. Projetos regionais com população inferior a 350.000 (trezentos e cinquenta mil) habitantes serão analisadas pela área técnica da CGUE/DAHU/SAS/MS, no sentido de se buscar a adequação da cobertura do componente SAMU 192 às peculiaridades regionais que estarão detalhadas no respectivo projeto. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 10)

Seção IV
Da Capacitação
(Origem: PRT MS/GM 1010/2012, CAPÍTULO IV)

Art. 49. O componente SAMU 192 deverá dispor de programa de capacitação permanente. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 11)

Parágrafo Único. A capacitação será promovida preferencialmente de forma direta pela Rede de Atenção às Urgências. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 11, Parágrafo Único)

Seção V
Das Disposições Gerais
(Origem: PRT MS/GM 1010/2012, CAPÍTULO VII)

Art. 50. A doação das unidades móveis se dará na fase de implantação do componente SAMU 192, mediante análise pela área técnica da Coordenação-Geral de Urgência e Emergência, do Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (CGUE/DAHU/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 42)

Parágrafo Único. As solicitações de ampliação e renovação de frota e reserva técnica serão analisadas pela área técnica da CGUE/DAHU/SAS/MS e poderão ser atendidas quando houver disponibilidade por parte do Ministério da Saúde, desde que estejam em conformidade com a legislação de regência e com os critérios constantes do endereço eletrônico www.saude.gov.br/samu. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 42, Parágrafo Único)

Art. 51. Compete à CGUE/DAHU/SAS/MS adotar todas as providências necessárias à plena aplicação das recomendações contidas neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 43)

Art. 52. As regras e fluxos para os processos de recursos referentes ao processo de negociação, análise, aprovação e implantação deste componente serão aquelas vigentes no âmbito do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 44)

Art. 53. Para os efeitos do disposto neste Capítulo, ao Distrito Federal compete os direitos e obrigações reservados aos Estados e Municípios. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 45)

Art. 54. Fica determinada a inserção das Centrais de Regulação das Urgências e das Unidades Móveis da Rede de Atenção às Urgências no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), conforme a Portaria nº 804/SAS/MS, de 2011. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 46)

§ 1º As Centrais de Regulação das Urgências e as Unidades Móveis da Rede de Atenção às Urgências serão consideradas estabelecimentos de saúde do SUS na área de Atenção às Urgências. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 46, § 1º)

§ 2º A SAS/MS editará ato específico contendo orientações para o cumprimento do disposto no "caput" e no § 1º. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 46, § 2º)

§ 3º Os estabelecimentos de saúde descritos no § 1º deste artigo deverão adequar o cadastramento no SCNES, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias, após a publicação do ato referido no § 2º. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 46, § 3º)

§ 4º Caberá à Coordenação-Geral dos Sistemas de Informação do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (CGSI/DRAC/SAS/MS) efetivar os procedimentos necessários junto ao Departamento de Informática do SUS (DATASUS), para o cumprimento do disposto neste artigo. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 46, § 4º)

CAPÍTULO II

DAS ATRIBUIÇÕES DAS CENTRAIS DE REGULAÇÃO MÉDICA DE URGÊNCIAS E O DIMENSIONAMENTO TÉCNICO PARA A ESTRUTURAÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DAS CENTRAIS SAMU-192

Art. 55. Ficam estabelecidos, na forma do Anexo 4 do Anexo III, as atribuições gerais e específicas das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU-192. (Origem: PRT MS/GM 2657/2004, Art. 1º)

Art. 56. A Secretaria de Atenção à Saúde, em seu âmbito de atuação, adotará as providências necessárias à plena aplicação do disposto neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 2657/2004, Art. 2º)

CAPÍTULO III

DO VEÍCULO MOTOCICLETA - MOTOLÂNCIA COMO INTEGRANTE DA FROTA DE INTERVENÇÃO DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA EM TODA A REDE SAMU 192 E DEFINE CRITÉRIOS TÉCNICOS PARA SUA UTILIZAÇÃO

Art. 57. Ficam instituídas as motocicletas (motolâncias) como mais um recurso móvel disponível e integrado à frota do SAMU 192, para o atendimento rápido, principalmente das pessoas acometidas por agravos agudos (tempo-dependentes) e ficam aprovados os Anexos 5, 6 e 7 do Anexo III, tendo como complemento o Caderno de Orientações Técnicas da Urgência e Emergência. (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 1º)

§ 1º O quantitativo de motocicletas a ser distribuído acompanhará o número de ambulâncias habilitadas em cada serviço, preferencialmente, à proporção de uma motocicleta para cada Unidade de Suporte Avançado (USA) e uma a cada duas Unidades de Suporte Básico (USB). (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 1º, § 1º)

§ 2º Poderão ser adicionadas unidades à frota de cada serviço considerando-se a realidade e a necessidade técnica de acordo com a especificidade de cada SAMU 192. (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 1º, § 2º)

§ 3º As motocicletas deverão ser utilizadas exclusivamente em intervenções do SAMU 192, sob regulação médica, de acordo com as orientações contidas no Anexo 7 do Anexo III. (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 1º, § 3º)

Art. 58. As motolâncias serão adquiridas pelo Ministério da Saúde e cedidas mediante termo de doação, aos SAMU 192, conforme diretrizes e parâmetros gerais estabelecidos pelo Capítulo III do Título II do Livro II. (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 2º)

Art. 59. As motocicletas deverão dispor, minimamente, dos seguintes equipamentos e materiais: (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 4º)

I - cilindro de oxigênio de alumínio compatível com o volume do baú de carga ou da mochila própria para transporte; Colar cervical (P, M, G); (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 4º, I)

II - desfibrilador externo automático (DEA); (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 4º, II)

III - luvas de procedimento e estéreis; (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 4º, III)

IV - ataduras, compressas, gazes; (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 4º, IV)

V - talas de imobilização de diversos tamanhos; (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 4º, V)

VI - material de venopunção (incluindo seringas e cateteres de diversos tamanhos); (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 4º, VI)

VII - material de via aérea básica (cânula de Guedel, máscara de oxigênio com reservatório, cateteres de O₂, ressuscitador manual adulto/infantil com reservatório); (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 4º, VII)

VIII - estetoscópio e esfigmomanômetro; (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 4º, VIII)

IX - oxímetro portátil; e (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 4º, IX)

X - equipamento de proteção individual completo (tanto os itens previstos para a área da saúde quanto os necessários para a segurança na condução de motocicletas). (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 4º, X)

§ 1º Será fornecido pelo Ministério da Saúde o Desfibrilador Externo Automático (DEA); oxímetro portátil e cilindro de oxigênio de alumínio compatível com o volume do baú de carga ou da mochila própria para transporte. (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 4º, § 1º)

§ 2º Medicamentos e soluções poderão ser utilizados, desde que sempre sob orientação do Médico Regulador da Central de Regulação das Urgências (SAMU 192) e de acordo com protocolos padronizados pelo serviço, a fim de propiciar o rápido início do atendimento no local, até a chegada de outras equipes ou conforme o que for determinado pela regulação médica. (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 4º, § 2º)

Art. 60. O grafismo da motocicleta do SAMU 192 deverá seguir o padrão definido pelo Ministério da Saúde, conforme modelo constante do Anexo 6 do Anexo III. (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 5º)

Art. 61. A Secretaria de Atenção à Saúde, por intermédio da Coordenação-Geral de Urgência e Emergência do Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência, adotará as medidas necessárias à plena aplicação das recomendações contidas no ato ora publicado. (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 9º)

Art. 62. Para os efeitos do disposto neste Capítulo, o Distrito Federal será tratado como estado, no que couber, e de acordo com suas peculiaridades de ente federado, nos termos da Constituição. (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 10)

TÍTULO III

DO COMPONENTE SALA DE ESTABILIZAÇÃO (SE) DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

Art. 63. Este Título estabelece as diretrizes e cria mecanismos para implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências no SUS, em conformidade com o Anexo III. (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 1º)

Art. 64. A Sala de Estabilização (SE) é a estrutura que funciona como local de assistência temporária e qualificada para estabilização de pacientes críticos/gravos, para posterior encaminhamento a outros pontos da rede de atenção à saúde, observadas as seguintes diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 2º)

I - funcionamento nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e nos 7 (sete) dias da semana; (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 2º, I)

II - equipe interdisciplinar compatível com suas atividades; e (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 2º, II)

III - funcionamento conforme protocolos clínicos e procedimentos administrativos estabelecidos e/ou adotados pelo gestor responsável. (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 2º, III)

§ 1º Paciente crítico/grave é aquele que se encontra em risco iminente de perder a vida ou função de órgão/sistema do corpo humano, bem como aquele em frágil condição clínica decorrente de trauma ou outras condições relacionadas a processos que requeiram cuidado imediato clínico, cirúrgico, gineco-obstétrico ou em saúde mental. (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 2º, § 1º)

§ 2º Assistência qualificada é a assistência prestada por profissionais de saúde capacitados ao pleno exercício dos protocolos clínicos firmados para o funcionamento adequado da SE. (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 2º, § 2º)

Art. 65. A SE deve ser localizada em unidades ou serviços da Rede de Atenção à Saúde, devendo ser observados os seguintes requisitos para a sua implantação: (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 3º)

I - cobertura regional do componente SAMU 192 para a localidade de instalação da SE ou configuração da SE como base descentralizada do componente SAMU 192, de suporte avançado ou básico de vida, garantindo complementaridade da assistência local ou por telemedicina; (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 3º, I)

II - localização da SE em Município que ocupe posição estratégica em relação à Rede de Atenção às Urgências, objetivando menor tempo-resposta para atendimento e encaminhamento aos demais serviços de saúde referenciados do Plano de Ação Regional; (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 3º, II)

III - configuração da SE como serviço de apoio ao atendimento, transporte e/ou transferência de pacientes críticos/gravos em locais com grande extensão territorial ou de característica rural ou com isolamento geográfico de comunidades; (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 3º, III)

IV - instalação da SE em serviços de saúde, públicos ou filantrópicos, preferencialmente em Hospitais de Pequeno Porte, habilitados ou não, com até 30 (trinta) leitos e fora da área de abrangência de UPA 24 horas, podendo também ser instalada em outras unidades tipo Unidade Básica de Saúde (UBS) e Unidade Mista, desde que garantidas as condições para seu funcionamento integral por 24 horas em todos os dias da semana; (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 3º, IV)

V - presença de equipe mínima de saúde composta por um médico, um enfermeiro e pessoal técnico com disponibilidade para assistência imediata na SE aos pacientes críticos/gravos admitidos, nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana; e (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 3º, V)

VI - treinamento e qualificação da equipe atuante na SE para atendimento de urgências. (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 3º, VI)

§ 1º A SE deve ser implantada com a observância dos parâmetros constantes do Anexo 9 do Anexo III. (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Situações excepcionais serão discutidas e pactuadas na Comissão Intergestores Regional (CIR) e na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e posteriormente enviadas para análise do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 3º, § 2º)

Art. 66. A SE deve atender às orientações gerais, diretrizes e parâmetros estabelecidos neste Título e na Política Nacional de Atenção às Urgências, especialmente com relação à: (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 4º)

I - observância do Anexo 8 do Anexo III, no tocante à estrutura física, ao mobiliário e aos materiais e equipamentos mínimos definidos para a SE; e (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 4º, I)

II - observância do modelo definido pelo Ministério da Saúde no tocante à caracterização visual das unidades, conforme disponível no endereço eletrônico <http://www.saude.gov.br/sas>. (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 4º, II)

Parágrafo Único. As ações das SE devem ser incluídas nos Planos de Ação Regional das Redes de Atenção às Urgências, conforme determina o Anexo III. (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 67. Constituem-se responsabilidades da SE: (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 5º)

I - articular-se com a Rede de Atenção Básica, SAMU 192, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde do sistema de saúde da região, construindo fluxos coerentes e efetivos; (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 5º, I)

II - fornecer retaguarda aos pacientes críticos e graves atendidos em regime de urgência no âmbito da Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 5º, II)

III - realizar atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos críticos ou de maior gravidade; (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 5º, III)

IV - encaminhar os pacientes, após estabilização clínica, para internação em serviços hospitalares, por meio do Complexo Regulador, ou para as portas de urgência referenciadas pela Central de Regulação Médica das Urgências; (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 5º, IV)

V - prover atendimento e/ou encaminhamento adequado a serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrado à rede Atenção às Urgências da região a partir da complexidade clínica e traumática do usuário; (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 5º, V)

VI - referenciar e contrarreferenciar para os demais serviços de atenção integrantes da rede de atenção à saúde, proporcionando continuidade ao tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo; e (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 5º, VI)

VII - solicitar retaguarda técnica ao SAMU 192, sempre que a gravidade/complexidade dos casos ultrapassarem a capacidade instalada da SE. (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 5º, VII)

Art. 68. Constituem-se responsabilidades do gestor responsável pela SE: (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 6º)

I - garantir apoio técnico e logístico para o bom funcionamento da SE; (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 6º, I)

II - estabelecer e/ou adotar protocolos clínicos e procedimentos administrativos para o adequado funcionamento da SE; e (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 6º, II)

III - implantar processo de Acolhimento com Classificação de Risco, em concordância e articulação com outras unidades de urgência e de acordo com o Plano de Ação Regional. (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 6º, III)

Art. 69. Para os fins do disposto neste Título, ao Distrito Federal competem os direitos e obrigações reservados aos Estados e aos Municípios. (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 12)

TÍTULO IV

DO COMPONENTE UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA 24H) E O CONJUNTO DE SERVIÇOS DE URGÊNCIA 24 HORAS

Art. 70. Ficam definidas as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento, como componente da Rede de Atenção às Urgências (RAU), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 1º)

CAPÍTULO I
DAS DEFINIÇÕES
(Origem: PRT MS/GM 10/2017, CAPÍTULO I)

Art. 71. Para os fins deste Título, considera-se: (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 2º)

I - UPA 24h: estabelecimento de saúde de complexidade intermediária, articulado com a Atenção Básica, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192, a Atenção Domiciliar e a Atenção Hospitalar, a fim de possibilitar o melhor funcionamento da RAU; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 2º, I)

II - UPA 24h Nova: UPA 24h construída com recursos de investimento federal; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 2º, II)

III - UPA 24h Ampliada: UPA 24h construída, a partir do acréscimo de área com adequação física dos estabelecimentos de saúde denominados Policlínica; Pronto Atendimento; Pronto socorro Especializado; Pronto Socorro Geral; e, Unidades Mistas, já cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 2º, III)

IV - gestor: Chefe do Poder Executivo estadual, distrital ou municipal ou Secretário de Saúde estadual, distrital ou municipal; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 2º, IV)

V - classificação de Risco: ferramenta de apoio à decisão clínica, no formato de protocolo, com linguagem universal para as urgências clínicas e traumáticas, que deve ser utilizado por profissionais (médicos ou enfermeiros) capacitados, com o objetivo de identificar a gravidade do paciente e permitir o atendimento rápido, em tempo oportuno e seguro de acordo com o potencial de risco e com base em evidências científicas existentes; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 2º, V)

VI - acolhimento: diretriz da Política Nacional de Humanização - PNH que determina o cuidado do paciente que envolva a sua escuta qualificada e o respeito às suas especificidades, com resolutividade e responsabilização; e (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 2º, VI)

VII - segurança do Paciente: é a redução do risco de danos desnecessários relacionados aos cuidados de saúde, para um mínimo aceitável. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 2º, VII)

CAPÍTULO II
DAS DIRETRIZES DA UPA 24h
(Origem: PRT MS/GM 10/2017, CAPÍTULO II)

Art. 72. São diretrizes da UPA 24h: (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 3º)

I - funcionamento ininterrupto 24 (vinte e quatro) horas e em todos os dias da semana, incluindo feriados e pontos facultativos; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 3º, I)

II - equipe assistencial multiprofissional com quantitativo de profissionais compatível com a necessidade de atendimento com qualidade, considerando a operacionalização do serviço, o tempo - resposta, a garantia do acesso ao paciente e o custo-efetividade, em conformidade com a necessidade da Rede de Atenção à Saúde - RAS e as normativas vigentes, inclusive as resoluções dos conselhos de classe profissional; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 3º, II)

III - acolhimento; e (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 3º, III)

IV - classificação de risco (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 3º, IV)

Art. 73. As ações das UPA 24h deverão fazer parte do planejamento da Rede de Atenção às Urgências (RAU), a qual se encontra vinculada, bem como incluídas no Plano de Ação Regional da RAU, conforme Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 4º)

Art. 74. Considerar-se-á a UPA 24h em efetivo funcionamento quando desempenhar as seguintes atividades: (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 5º)

I - acolher os pacientes e seus familiares em situação de urgência e emergência, sempre que buscarem atendimento na UPA 24h; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 5º, I)

II - articular-se com a Atenção Básica, o SAMU 192, a Atenção Domiciliar e a Atenção Hospitalar, bem como com os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e outros serviços de atenção à saúde, por meio de fluxos lógicos e efetivos de referência e contrarreferência, ordenados pelas Centrais de Regulação de Urgências e complexos reguladores instalados nas regiões de saúde; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 5º, II)

III - prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e prestar o primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a definir a conduta necessária para cada caso, bem como garantir o encaminhamento dos pacientes que necessitarem de atendimento; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 5º, III)

IV - funcionar como local de estabilização de pacientes atendidos pelo SAMU 192; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 5º, IV)

V - realizar consulta médica em regime de pronto atendimento nos casos de menor gravidade; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 5º, V)

VI - realizar atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos demandados à UPA 24h; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 5º, VI)

VII - prestar apoio diagnóstico e terapêutico conforme a sua complexidade; e (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 5º, VII)

VIII - manter pacientes em observação, por até 24 horas, para elucidação diagnóstica ou estabilização clínica, e encaminhar aqueles que não tiveram suas queixas resolvidas com garantia da continuidade do cuidado para internação em serviços hospitalares de retaguarda, por meio da regulação do acesso assistencial. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 5º, VIII)

Parágrafo Único. O apoio diagnóstico da UPA 24h poderá ser realizado em outro estabelecimento de saúde, desde que seja justificado pelo gestor, considerando a operacionalização do serviço, o tempo-resposta, a garantia do acesso ao paciente e o custo-efetividade. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 5º, Parágrafo Único)

CAPÍTULO III
DO MODELO DE ORGANIZAÇÃO ASSISTENCIAL DA UPA 24h
(Origem: PRT MS/GM 10/2017, CAPÍTULO III)

Art. 75. Compete ao gestor responsável pela UPA 24h: (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 6º)

I - implantar diretrizes de acolhimento e classificação de risco, em conformidade com este Título; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 6º, I)

II - adotar protocolos clínicos de atendimento e de procedimentos administrativos; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 6º, II)

III - garantir apoio técnico e logístico para o funcionamento adequado da UPA 24h; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 6º, III)

IV - garantir a continuidade do cuidado do paciente por meio da referência e contrarreferência, articulando com os pontos da RAS, considerando a territorialização; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 6º, IV)

V - inscrever a UPA 24h no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES e alimentar periodicamente o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), com os dados referentes à assistência prestada, independente dos valores de referência ou da geração de crédito; e (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 6º, V)

VI - registrar obrigatoriamente todos os procedimentos realizados na UPA 24h. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 6º, VI)

CAPÍTULO IV

DAS INSTALAÇÕES FÍSICAS, EQUIPAMENTOS E RECURSOS HUMANOS DA UPA 24h.

(Origem: PRT MS/GM 10/2017, CAPÍTULO IV)

Art. 76. A UPA 24h atenderá ao estabelecido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), aos regulamentos técnicos de projetos e às legislações específicas para construções e estruturas físicas de estabelecimentos assistenciais de saúde. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 7º)

Art. 77. Quanto ao mobiliário, aos materiais e aos equipamentos mínimos obrigatórios, deverá ser observado o disposto no arquivo eletrônico disponível no Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB), no endereço eletrônico do Fundo Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 8º)

Art. 78. A aquisição dos equipamentos médico-hospitalares e mobiliários deverá ocorrer até o início de funcionamento da UPA 24h. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 9º)

Parágrafo Único. Os entes federados beneficiários cadastrarão os equipamentos e mobiliários adquiridos no SCNES. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 9º, Parágrafo Único)

Art. 79. A caracterização visual das UPA 24h deverá atender aos padrões visuais constantes do Título IX da Portaria de Consolidação nº 1, que institui a programação visual padronizada das Unidades de Saúde do SUS, bem como no disposto no Manual de Padronização Visual da UPA 24h. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 10)

Parágrafo Único. O gestor deverá adotar a padronização predial, nos termos do Manual de Padronização Visual da UPA 24h, ficando a seu critério a adoção dos demais padrões contidos no referido Manual. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 10, Parágrafo Único)

Art. 80. O projeto de arquitetura para construção ou ampliação da UPA 24h deverá seguir o programa arquitetônico mínimo disponibilizado no SISMOB e ser aprovado pelo órgão de vigilância sanitária local. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 11)

Art. 81. Caberá ao gestor definir o quantitativo da Equipe Assistencial Multiprofissional da UPA 24h, tomando como base a necessidade da RAS, bem como as normativas vigentes, inclusive as resoluções dos conselhos de classe profissionais, devendo manter o quantitativo de profissionais suficiente, de acordo com a capacidade instalada e o quadro de opções de custeio constante dos arts. 889 e 890 da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 12)

CAPÍTULO V

DA QUALIFICAÇÃO

(Origem: PRT MS/GM 10/2017, CAPÍTULO VII)

Art. 82. A qualificação da UPA 24h condiciona-se à apresentação dos seguintes documentos: (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 29)

I - comprovação da cobertura do SAMU 192, através da portaria de habilitação publicada no Diário Oficial da União (DOU) ou termo de garantia assinado pelo gestor de existência de serviço de atendimento equivalente ao realizado pelo SAMU 192; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 29, I)

II - comprovação da execução de atividades de educação permanente por iniciativa própria ou por meio de cooperação; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 29, II)

III - comprovação de cobertura da Atenção Básica à Saúde de, no mínimo, 50% (cinquenta por cento) da população do município sede da UPA 24h; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 29, III)

IV - relatório padronizado de visita técnica realizada pelo Ministério da Saúde que ateste: (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 29, IV)

a) padronização visual da UPA 24h de acordo com o Título IX da Portaria de Consolidação nº 1; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 29, IV, a)

b) efetivo funcionamento da grade de referência e contrarreferência instituída nas Centrais de Regulação; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 29, IV, b)

c) implantação de protocolos de atendimento clínico, de classificação de risco e de procedimentos administrativos; e (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 29, IV, c)

d) Relatório de Agravos de Notificação Compulsória, conforme regras definidas pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 29, IV, d)

V - declaração do gestor que ateste a conformidade do serviço prestado pela UPA 24h em relação às normas sanitárias vigentes; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 29, V)

VI - Plano de Ação Regional de Atenção Integral às Urgências ou, na sua ausência, compromisso formal do gestor de que a UPA 24h estará inserida no Plano quando da sua elaboração; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 29, VI)

VII - comprovação da pactuação do ente federado relativa à grade de referência e contrarreferência, com fluxo estabelecido entre a UPA 24h e os componentes da Rede de Atenção à Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 29, VII)

VIII - cumprimento da produção assistencial no SIA/SUS atendendo, no mínimo, ao disposto no art. 87. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 29, VIII)

Art. 83. O processo de qualificação de UPA 24h obedecerá o seguinte fluxo: (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 30)

I - encaminhamento pelo gestor ao Ministério da Saúde dos documentos descritos no art. 82 por meio do SAIPS; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 30, I)

II - análise pela CGUE/DAHU/SAS da documentação apresentada; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 30, II)

~~**III** - realização obrigatória de visita técnica na UPA 24h pelo Ministério da Saúde, com emissão de parecer técnico conclusivo a ser inserido no SAIPS; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 30, III)~~

III - realização obrigatória de visita técnica na UPA 24h pelo Ministério da Saúde, in loco ou por videochamada, a critério da CGURG/DAHU/SAES/MS, com emissão de parecer técnico conclusivo a ser inserido no SAIPS: [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.260 de 02.12.2020\)](#)

IV - aprovação da proposta pela CGUE/DAHU/SAS no SAIPS; e (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 30, IV)

V - publicação de portaria de qualificação da UPA 24h. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 30, V)

§ 1º A qualificação da UPA 24h será válida por 3 (anos) anos, a contar da data de publicação da portaria correlata, podendo ser renovada mediante novo processo de qualificação. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 30, § 1º)

§ 2º Nos casos em que a qualificação não seja renovada, o repasse do incentivo financeiro cessará de forma automática a contar da data constante da portaria de qualificação da UPA 24h. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 30, § 2º)

~~**§ 3º** É facultado ao Ministério da Saúde a realização de visita técnica para verificação dos requisitos de qualificação durante o terceiro ano de validade da portaria com vistas à instrução do processo de renovação de qualificação. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 30, § 3º)~~

§ 3º É facultado ao Ministério da Saúde a realização de visita técnica in loco ou por videochamada, a critério da CGURG/DAHU/SAES/MS, para verificação dos requisitos de qualificação durante o terceiro ano de validade da portaria com vistas à instrução do processo de renovação de qualificação. ([Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.260 de 02.12.2020](#))

§ 4º As propostas de qualificação ou de renovação de qualificação terão validade de 90 (noventa) dias, a contar da data do envio para análise no SAIPS. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 30, § 4º)

Art. 84. A qualificação da UPA 24h Ampliada exige, além da documentação listada no art. 82, incisos I, II, III, IV, V, VI, VII e VIII do Anexo III, a apresentação do termo de recebimento da obra de ampliação subscrito pelo gestor. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 31)

Art. 85. Para a habilitação de UPA 24h Ampliada a Unidade deverá reunir, ao mesmo tempo, as condições de habilitação e qualificação de tratam o disposto no art. 885 da Portaria de Consolidação nº 6 e no art. 82. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 33)

CAPÍTULO VI **DO MONITORAMENTO** (Origem: PRT MS/GM 10/2017, CAPÍTULO VIII-A)

Art. 86. A UPA 24h habilitada ou qualificada para custeio deverá ser monitorada, após o primeiro repasse do incentivo de custeio e, deverá ser avaliada de acordo com os critérios descritos neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 37)

Art. 87. A produção mínima para a UPA 24h, registrada no SIA/SUS, deverá ocorrer de acordo com o Anexo LXVI da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 38)

§ 1º Caso a UPA 24h não apresente a produção mínima mensal conforme quadro acima, o gestor deverá apresentar ao Ministério da Saúde justificativa para o funcionamento abaixo do mínimo definido. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 38, § 1º)

§ 2º Caso a justificativa da produção da UPA 24h não seja aceita pelo Ministério da Saúde, o gestor deverá revisar o seu plano de funcionamento, nos termos do previsto no art. 893 da Portaria de Consolidação nº 6, podendo ser suspenso ou restabelecido à condição anterior. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 38, § 2º)

Art. 88. Quanto às UPA 24h qualificadas, o gestor deverá encaminhar anualmente ao Ministério da Saúde declaração de cumprimento dos requisitos de qualificação da UPA 24 h previstos no art. 82. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 39)

Art. 89. O monitoramento do número de atendimentos realizados pela UPA 24h levará em conta os procedimentos definidos no Anexo 12 do Anexo III, a serem registrados no formato Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado - BPA - I. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 40)

§ 1º Os dados gerados de acordo com o previsto neste artigo devem estar atualizados pelo gestor e disponíveis ao Ministério da Saúde, a partir do registro no SIA/SUS, para efeito de monitoramento, controle, avaliação e auditoria. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 40, § 1º)

§ 2º A ausência de registro no SIA/SUS por 3 (três) meses consecutivos implicará a suspensão da transferência de recursos para custeio mensal da UPA 24h, de acordo com a Seção II do Capítulo III do Título VII da Portaria de Consolidação nº 1. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 40, § 3º)

§ 3º A ausência de registro no SIA/SUS por 6 (seis) meses consecutivos acarretará na desabilitação da UPA 24h. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 40, § 4º)

Art. 90. Caso persista a irregularidade de que trata o art. 896 da Portaria de Consolidação nº 6, a UPA 24h será desabilitada no custeio. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 42)

Art. 91. A avaliação realizada anualmente pelo Ministério da Saúde levará em conta o perfil e o papel da UPA 24h na Rede de Atenção às Urgências e Emergências visando alertar o gestor sobre necessidades de adequação da oferta assistencial da unidade bem como orientá-lo para possíveis readequações visando a oferta máxima da sua capacidade operacional e buscando convergência entre oferta e demanda de acordo com o planejado e às necessidades de acesso às urgências na região. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 43)

Art. 92. O monitoramento de que trata este Título não exime o ente federado beneficiário de comprovação da aplicação dos recursos financeiros percebidos por meio do Relatório Anual de Gestão. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 44)

CAPÍTULO VII **DAS DISPOSIÇÕES FINAIS** (Origem: PRT MS/GM 10/2017, CAPÍTULO IX)

Art. 93. O pedido novo de implantação de UPA 24h, ficarão sujeitas ao planejamento integrado da despesa de capital e custeio e à análise da proposta inserida no SISMOB, que deverá conter seguintes informações e documentos: (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 45)

I - compromisso formal do gestor de prover a UPA 24h com Equipe Assistencial Multiprofissional, que deverá contar com a presença médica, de enfermagem, de apoio administrativo e demais profissionais nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, incluídos feriados e pontos facultativos, possibilitando o primeiro atendimento e a estabilização de pacientes acometidos por quaisquer tipos de urgências; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 45, I)

II - declaração da existência na área de cobertura da UPA 24h, de SAMU 192 habilitado ou, na ausência deste, apresentação de termo de compromisso de implantação ou de cobertura de SAMU 192 dentro do prazo de início de funcionamento da UPA 24h; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 45, II)

III - cobertura da Atenção Básica à Saúde de, no mínimo, 50% (cinquenta por cento) da população do municípios sede da UPA 24h ou apresentação de termo de compromisso de implantação dessa cobertura; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 45, III)

IV - compromisso da implantação da classificação de risco no acolhimento dos pacientes na UPA 24h, de acordo com padrões nacionais e internacionais reconhecidos; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 45, IV)

V - pactuação do ente federado da grades de referência e contrarreferência pactuadas em nível loco-regional com todos os componentes da RAU e, quando houver, com o transporte sanitário; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 45, V)

VI - compromisso formal subscrito pelo gestor de pelo menos um dos hospitais integrantes da grade de referência de que esse estabelecimento garanta a retaguarda hospitalar para a UPA 24h; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 45, VI)

VII - resolução da Secretaria de Saúde estadual, distrital ou municipal com a designação do coordenador da Coordenação da Rede de Urgência, conforme a Portaria nº 2.048/GM/MS, de 5 de novembro de 2002; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 45, VII)

VIII - declaração do gestor acerca da exclusividade de aplicação dos recursos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde para implantação da UPA 24h, com garantia da execução desses recursos para este fim; e (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 45, VIII)

IX - Plano de Ação Regional de Atenção Integral às Urgências ou, na sua ausência, compromisso formal do gestor que justifique a necessidade de implantação desta unidade na região com o intuito de garantir, ampliar e qualificar o acesso à atenção às urgências e emergências, descrevendo que a nova UPA 24h estará inserida no citado Plano, quando da sua elaboração. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 45, IX)

§ 1º Além do disposto neste artigo, a proposta para implantação da UPA 24h deverá ser previamente submetida à análise e aprovação do Conselho de Saúde e CIB, respectivos, para posterior avaliação e aprovação do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 45, § 1º)

§ 2º O projeto de arquitetura para construção ou ampliação de UPA 24h deverá seguir o programa arquitetônico mínimo disponibilizado no SISMOB e ser aprovado pelo órgão de vigilância sanitária local. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 45, § 2º)

TÍTULO V

DA LINHA DE CUIDADO AO TRAUMA NA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Art. 94. Fica aprovada a Linha de Cuidado ao Trauma na Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Sistema Único de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1365/2013, Art. 1º)

Art. 95. São objetivos da Linha de Cuidado ao Trauma: (Origem: PRT MS/GM 1365/2013, Art. 2º)

I - Reduzir a morbimortalidade pelo trauma no Brasil, por meio de ações de vigilância, prevenção e promoção da saúde e implantação da Linha de Cuidado ao Trauma na RUE; (Origem: PRT MS/GM 1365/2013, Art. 2º, I)

II - Desenvolver ações voltadas à vigilância e prevenção do trauma por meio de incentivo para implantação de núcleos de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde (PVPS) e projetos de prevenção relacionados ao trauma; (Origem: PRT MS/GM 1365/2013, Art. 2º, II)

III - Estabelecer a Rede de Atendimento Hospitalar ao Trauma, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e a atenção integral ao paciente traumatizado; (Origem: PRT MS/GM 1365/2013, Art. 2º, III)

IV - Estabelecer e implementar a Linha de Cuidado ao Trauma e habilitar Centros de Trauma, para realização do atendimento hierarquizado e referenciado; (Origem: PRT MS/GM 1365/2013, Art. 2º, IV) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

V - Ampliar o acesso regulado dos pacientes vítimas de trauma aos cuidados qualificados em todos os pontos de atenção da RUE; (Origem: PRT MS/GM 1365/2013, Art. 2º, V)

VI - Incentivar processos formativos para os profissionais de saúde envolvidos na atenção ao trauma em todos os níveis e pontos de atenção, inclusive para aqueles que atuam diretamente nas centrais de regulação; (Origem: PRT MS/GM 1365/2013, Art. 2º, VI)

VII - Estruturar e descrever a Linha de Cuidado ao Trauma desde a cena à atenção hospitalar e reabilitação, bem como na prevenção ao trauma; (Origem: PRT MS/GM 1365/2013, Art. 2º, VII)

VIII - Disseminar o conhecimento de que o trauma é um agravado que se tornou um problema de saúde pública, sendo hoje uma das principais causas de adoecimento e mortalidade da população brasileira e que pode ser prevenido e evitado; (Origem: PRT MS/GM 1365/2013, Art. 2º, VIII)

IX - Fortalecer a implantação e implementação da Linha de Cuidado ao Trauma na RUE como prioritária na estruturação da atenção em Urgência no SUS; e (Origem: PRT MS/GM 1365/2013, Art. 2º, IX)

X - Sensibilizar e capacitar os profissionais de saúde que atuam na RUE para a notificação compulsória dos casos de violência doméstica, sexual e outras violências. (Origem: PRT MS/GM 1365/2013, Art. 2º, X)

Art. 96. O conteúdo da Linha de Cuidado ao Trauma, a ser observado por todos os serviços habilitados da RUE, estará disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br/sas. (Origem: PRT MS/GM 1365/2013, Art. 3º)

~~TÍTULO VI - DOS CENTROS DE TRAUMA~~

[\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

~~CAPÍTULO I - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS~~

[\(Origem: PRT MS/GM 1366/2013, CAPÍTULO I\)
\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

Art. 97. ~~Este Título estabelece a organização dos Centros de Trauma, estabelecimentos de saúde integrantes da Linha de Cuidado ao Trauma da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 1º)~~ [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

Art. 98. ~~Os Centros de Trauma são estabelecimentos hospitalares integrantes da RUE que desempenham o papel de referência especializada para atendimento aos pacientes vítimas de trauma. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 2º)~~ [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

Art. 99. ~~Os Centros de Trauma têm os seguintes objetivos: (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 3º)~~ [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

I - ~~melhoria do atendimento aos pacientes vítimas de trauma com consequente redução da morbidade e mortalidade; e (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 3º, I)~~ [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

II - ~~universalização e padronização de um modelo de atendimento ao paciente vítima de trauma em todas as suas etapas. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 3º, II)~~ [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

Art. 100. São diretrizes dos Centros de Trauma: (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 4º)

Art. 100. ~~São diretrizes dos Centros de Trauma: (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 4º)~~ [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

I - ~~organização da rede de atenção ao paciente vítima de trauma, com abrangência definida e definição de níveis de atenção; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 4º, I)~~ [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

II → disponibilizar o mais rápido possível ao paciente vítima de trauma acesso aos recursos diagnósticos e terapêuticos necessários ao seu atendimento; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 4º, II) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

III → racionalização do custo pela concentração do atendimento ao paciente vítima de trauma nos Centros de Trauma; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 4º, III) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

IV → qualidade do atendimento ao paciente vítima de trauma; e (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 4º, IV) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

V → universalizar o atendimento de qualidade ao paciente vítima de trauma; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 4º, V) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

Art. 101. Os Centros de Trauma têm as seguintes finalidades: (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 5º) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

I → diminuição da mortalidade dos pacientes vítimas de trauma; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 5º, I) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

II → redução das sequelas dos pacientes vítimas de trauma; e (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 5º, II) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

III → padronização do atendimento ao paciente vítima de trauma; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 5º, III) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

CAPÍTULO II

DA ORGANIZAÇÃO DOS CENTROS DE TRAUMA

(Origem: PRT MS/GM 1366/2013, CAPÍTULO II)

[\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

Art. 102. Os Centros de Trauma são organizados conforme tipologias, sob as seguintes formas: (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 7º) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

I → Centro de Trauma Tipo I; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 7º, I) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

II → Centro de Trauma Tipo II; e (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 7º, II) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

III → Centro de Trauma Tipo III; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 7º, III) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

Parágrafo Único. A definição de cada um dos Tipos dos Centros de Trauma tem como parâmetro o dimensionamento da RUE e a localização dos pontos de atenção ao trauma, considerando-se ainda o número de habitantes com cobertura assistencial e o tempo de deslocamento até o respectivo Centro de Trauma. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 7º, Parágrafo Único) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

Seção I

Do Centro de Trauma Tipo I

(Origem: PRT MS/GM 1366/2013, CAPÍTULO II, Seção I)

[\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

Art. 103. O Centro de Trauma Tipo I é um estabelecimento hospitalar que desempenha o papel de referência para atendimento ao paciente

Art. 104. Para se habilitar como Centro de Trauma Tipo I, o estabelecimento hospitalar deve cumprir os seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

I → ser referência para, no mínimo, uma região de saúde, conforme o desenho da regionalização definido nos Planos Estaduais de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, I) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

II → ter estrutura para realizar ações de média complexidade com cobertura populacional até 200.000 (duzentos mil) habitantes; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, II) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

III → participar da RUE e ser Porta de Entrada Hospitalar de Urgência instalada estrategicamente na citada Rede; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, III) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

IV → ser referência regional, com realização de, no mínimo, 10% (dez por cento) dos atendimentos oriundos de outros Municípios, conforme registro no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS); (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, IV) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

V → possuir, no mínimo, 100 (cem) leitos cadastrados no Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, V) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

VI → possuir equipe específica na Porta de Entrada Hospitalar de Urgência para atendimento às vítimas de trauma de média complexidade, em regime de plantão 24 (vinte e quatro) horas, composta pelos seguintes profissionais: (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, VI) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

a) clínico geral; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, VI, a) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

b) pediatra, se o estabelecimento hospitalar for referência em atendimento na área de pediatria; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, VI, b) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

c) ortopedista; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, VI, c) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

d) cirurgião geral; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, VI, d) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

e) anestesista com atividade no centro cirúrgico; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, VI, e) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

f) enfermeiros; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, VI, f) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

g) técnicos de enfermagem; e (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, VI, g) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

h) equipes para manejo de pacientes críticos. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, VI, h) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

VII → possuir equipe suficiente para realização de cirurgias dos casos de trauma que são de competência desse hospital e que não comprometa o atendimento da Porta de Entrada Hospitalar de Urgência; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, VII) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

VIII – possuir Centro Cirúrgico e leitos de enfermagem suficientes para o atendimento ao trauma; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, VIII) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#).

IX – ter leitos de retaguarda para garantir a atenção integral do Componente Hospitalar da RUE, constituídos nos termos de ato específico do Ministro de Estado da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, IX) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#).

X – ter referência de Centro de Trauma Tipo II e/ou III ou de outro estabelecimento hospitalar para casos de maior complexidade, regulado pela Central de Regulação, após realização de procedimentos mínimos de estabilização do paciente; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, X) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#).

XI – possuir retaguarda de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), regulados na RUE, para cuidado aos pacientes de trauma, sejam adultos e/ou pediátricos, que necessitem dos cuidados de terapia intensiva; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, XI) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#).

XII – realizar atendimento de urgência 24 (vinte e quatro) horas por dia, todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, XII) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#).

XIII – possuir serviço de diagnose por imagem (radiologia e ultrassonografia); (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, XIII) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#).

XIV – ter protocolos clínicos e assistenciais escritos e disponibilizados; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, XIV) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#).

XV – possuir serviço de laboratório clínico ou disponível em tempo integral; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, XV) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#).

XVI – ter serviço de hemoterapia ou disponível em tempo integral; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, XVI) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#).

XVII – ter serviço de reabilitação ou disponível; e (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, XVII) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#).

XVIII – garantir acompanhamento ambulatorial dos pacientes atendidos. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, XVIII) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#).

§ 1º Para fins do disposto no inciso II do "caput", os requisitos mínimos que compõem a estrutura necessária para realizar ações de média complexidade são: (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, § 1º) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#).

I – serviço de diagnose por imagem (radiologia e ultrassonografia); (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, § 1º, I) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#).

II – sala cirúrgica; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, § 1º, II) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#).

III – serviço de laboratório clínico ou disponível em tempo integral; e (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, § 1º, III) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#).

IV – serviço de Hemoterapia ou disponível em tempo integral. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, § 1º, IV) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#).

§ 2º Para fins do disposto no inciso III do "caput", considera-se Porta de Entrada Hospitalar de Urgência instalada estrategicamente na RUE aquela que for qualificada conforme as regras previstas no Título I do Livro II, que organiza o Componente Hospitalar da RUE no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, § 2º) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#).

§ 3º Para fins do disposto no inciso VII do "caput", considera-se equipe suficiente para realização de cirurgias dos casos de trauma aquela composta por, pelo menos, 1 (um) cirurgião ou ortopedista. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, § 3º) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#).

§ 4º Para fins do disposto no inciso VII do "caput", as cirurgias dos casos de trauma que são de competência do estabelecimento hospitalar são aquelas que podem ser realizadas pelo cirurgião geral e/ou ortopedista e sejam de média complexidade. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, § 4º) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#).

§ 5º Os médicos das equipes de plantão e os das equipes de apoio deverão possuir título de especialista na área de atuação, reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) ou Conselho Regional de Medicina (CRM), ou residência médica reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC). (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, § 5º) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#).

§ 6º Os prestadores de serviços que se encontrarem disponíveis para o Centro de Trauma Tipo I deverão estar cadastrados no SCNES como terceiros vinculados ao estabelecimento de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, § 6º) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#).

Art. 105. Os estabelecimentos hospitalares que não se enquadrarem estritamente nos requisitos de que trata o art. 104, mas que, excepcionalmente, forem considerados estratégicos para a referência regional no Plano de Ação Regional da RUE, poderão ser considerados Centro de Trauma Tipo I mediante pactuação na Comissão Intergestores Regional (CIR) e na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou, se for o caso, no Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF), com posterior avaliação e validação pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 10) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#).

Art. 106. Os municípios ou regiões de saúde com populações de sua área de abrangência menor que 200.000 (duzentos mil) habitantes e localizados a mais de 60 (sessenta) minutos de deslocamento de um Centro de Trauma Tipo I por meio de transporte sanitário mais rápido disponível deverão contar com estrutura ambulatorial ou hospitalar (Unidades de Pronto Atendimento 24 hs (UPA 24hs)) ou Salas de Estabilização (SE) para a garantia do primeiro atendimento e estabilização dos casos de trauma com plantão médico 24 (vinte e quatro) horas. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 11) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#).

Seção II

Do Centro de Trauma Tipo II
(Origem: PRT MS/GM 1366/2013, CAPÍTULO II, Seção II) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

Art. 107. O Centro de Trauma Tipo II é um estabelecimento hospitalar que desempenha o papel de referência para atendimento ao paciente traumatizado e identifica-se como Hospital Especializado Tipo I, segundo a tipologia das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência de que trata o Título I do Livro II. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 12) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#).

Art. 108. Para se habilitar como Centro de Trauma Tipo II, o estabelecimento hospitalar deve cumprir os seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#).

I – ser referência para, no mínimo, uma região de saúde, conforme o desenho da regionalização definido nos Planos Estaduais de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, I) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#).

II – ter estrutura para realizar ações de média e alta complexidade com cobertura populacional de 200.004 (duzentos mil e um) a 500.000 (quinhentos mil) habitantes; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, II) [\(Revogado pela](#)

[PRT/GM/MS nº 701 de 22.03.2018](#)

III - possuir pelo menos 1 (uma) habilitação em alta complexidade conferida pelo Ministério da Saúde, qual seja de traumatologia-ortopedia ou neurocirurgia; (Origem: PRT-MS/GM-1366/2013, Art. 13, III) [\(Revogado pela PRT/GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

IV - participar da RUE e ser Porta de Entrada Hospitalar de Urgência instalada estrategicamente na citada Rede; (Origem: PRT-MS/GM-1366/2013, Art. 13, IV) [\(Revogado pela PRT/GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

V - ser referência regional, com realização de, no mínimo, 10% (dez por cento) dos atendimentos oriundos de outros Municípios, conforme registro no SIH/SUS; (Origem: PRT-MS/GM-1366/2013, Art. 13, V) [\(Revogado pela PRT/GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

VI - possuir, no mínimo, 100 (cem) leitos cadastrados no SGNES; (Origem: PRT-MS/GM-1366/2013, Art. 13, VI) [\(Revogado pela PRT/GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

VII - possuir equipe específica na Porta de Entrada Hospitalar de Urgência para atendimento às vítimas de trauma, em regime de plantão 24 (vinte e quatro) horas, composta pelos seguintes profissionais: (Origem: PRT-MS/GM-1366/2013, Art. 13, VII) [\(Revogado pela PRT/GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

a) clínico geral; (Origem: PRT-MS/GM-1366/2013, Art. 13, VII, a) [\(Revogado pela PRT/GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

b) pediatra, se o estabelecimento hospitalar for referência em atendimento na área de pediatria; (Origem: PRT-MS/GM-1366/2013, Art. 13, VII, b) [\(Revogado pela PRT/GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

c) cirurgião; (Origem: PRT-MS/GM-1366/2013, Art. 13, VII, c) [\(Revogado pela PRT/GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

d) ortopedista; (Origem: PRT-MS/GM-1366/2013, Art. 13, VII, d) [\(Revogado pela PRT/GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

e) anestesiológico com atividade no centro cirúrgico; (Origem: PRT-MS/GM-1366/2013, Art. 13, VII, e) [\(Revogado pela PRT/GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

f) enfermeiros; (Origem: PRT-MS/GM-1366/2013, Art. 13, VII, f) [\(Revogado pela PRT/GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

g) técnicos de enfermagem; e (Origem: PRT-MS/GM-1366/2013, Art. 13, VII, g) [\(Revogado pela PRT/GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

h) equipes para manejo de pacientes críticos. (Origem: PRT-MS/GM-1366/2013, Art. 13, VII, h) [\(Revogado pela PRT/GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

VIII - possuir equipe suficiente para realização de cirurgia dos casos de trauma que são de competência desse hospital e que não comprometa o atendimento da Porta de Entrada Hospitalar de Urgência; (Origem: PRT-MS/GM-1366/2013, Art. 13, VIII) [\(Revogado pela PRT/GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

IX - possuir Centro Cirúrgico e leitos de enfermagem suficientes para o atendimento ao trauma; (Origem: PRT-MS/GM-1366/2013, Art. 13, IX) [\(Revogado pela PRT/GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

X - ter leitos de retaguarda para garantir a atenção integral do Componente Hospitalar da RUE, constituídos nos termos de ato específico do Ministro de Estado da Saúde; (Origem: PRT-MS/GM-1366/2013, Art. 13, X) [\(Revogado pela PRT/GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

XI - garantir retaguarda de terapia intensiva para os casos de trauma ou pós-operatório de trauma ou queimadura, quando necessitarem desse cuidado; (Origem: PRT-MS/GM-1366/2013, Art. 13, XI) [\(Revogado pela PRT/GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

XII - ter disponíveis ou garantir a assistência ao trauma, 24 (vinte e quatro) horas por dia, todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados, para as seguintes equipes médicas e de odontologia, de acordo com a necessidade do trauma: (Origem: PRT-MS/GM-1366/2013, Art. 13, XII) [\(Revogado pela PRT/GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

a) neurocirurgia; (Origem: PRT-MS/GM-1366/2013, Art. 13, XII, a) [\(Revogado pela PRT/GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

b) ortopedia e traumatologia; (Origem: PRT-MS/GM-1366/2013, Art. 13, XII, b) [\(Revogado pela PRT/GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

c) cirurgia vascular; (Origem: PRT-MS/GM-1366/2013, Art. 13, XII, c) [\(Revogado pela PRT/GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

d) cirurgia plástica; (Origem: PRT-MS/GM-1366/2013, Art. 13, XII, d) [\(Revogado pela PRT/GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

e) cirurgia pediátrica; (Origem: PRT-MS/GM-1366/2013, Art. 13, XII, e) [\(Revogado pela PRT/GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

f) cirurgia crânio-maxilo-facial e/ou cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial; (Origem: PRT-MS/GM-1366/2013, Art. 13, XII, f) [\(Revogado pela PRT/GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

g) urologia; (Origem: PRT-MS/GM-1366/2013, Art. 13, XII, g) [\(Revogado pela PRT/GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

h) cirurgia torácica e ginecologia/obstetrícia; (Origem: PRT-MS/GM-1366/2013, Art. 13, XII, h) [\(Revogado pela PRT/GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

i) clínico geral; (Origem: PRT-MS/GM-1366/2013, Art. 13, XII, i) [\(Revogado pela PRT/GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

j) pediatria, quando referência em atendimento à pediatria; e (Origem: PRT-MS/GM-1366/2013, Art. 13, XII, j) [\(Revogado pela PRT/GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

k) oftalmologia. (Origem: PRT-MS/GM-1366/2013, Art. 13, XII, k) [\(Revogado pela PRT/GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

XIII - possuir leitos de UTI para cuidado aos pacientes de trauma, sejam adultos e/ou pediátricos, que necessitarem de terapia intensiva; (Origem: PRT-MS/GM-1366/2013, Art. 13, XIII) [\(Revogado pela PRT/GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

XIV - realizar atendimento de urgência 24 (vinte e quatro) horas por dia, todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados; (Origem: PRT-MS/GM-1366/2013, Art. 13, XIV) [\(Revogado pela PRT/GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

XV - possuir serviço de diagnóstico por imagem com radiologia e ultrassonografia; (Origem: PRT-MS/GM-1366/2013, Art. 13, XV) [\(Revogado pela PRT/GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

XVI - possuir serviço de tomografia computadorizada ou disponível em tempo integral; (Origem: PRT-MS/GM-1366/2013, Art. 13, XVI) [\(Revogado pela PRT/GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

XVII – garantir acesso à ressonância magnética em tempo integral; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XVII); (Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018)

XVIII – possuir suporte de equipe multiprofissional composta por: (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XVIII); (Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018)

a) fisioterapeuta; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XVIII, a); (Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018)

b) assistente social; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XVIII, b); (Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018)

c) nutricionista; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XVIII, c); (Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018)

d) farmacêutico; e (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XVIII, d); (Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018)

e) psicólogo; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XVIII, e); (Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018)

XIX – ter protocolos clínicos e assistenciais escritos e disponibilizados; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XIX); (Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018)

XX – possuir serviço de laboratório clínico ou disponível em tempo integral; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XX); (Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018)

XXI – ter serviço de hemoterapia ou disponível em tempo integral; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XXI); (Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018)

XXII – possuir serviço de reabilitação ou disponível; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XXII); (Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018)

XXIII – possuir referência de Centro de Trauma Tipo III ou Hospitais Especializados para os casos de maior complexidade, regulado pela Central de Regulação, após realização de procedimentos mínimos de estabilização do paciente; e (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XXIII); (Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018)

XXIV – garantir acompanhamento ambulatorial dos pacientes atendidos. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XXIV); (Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018)

§ 1º Para fins do disposto no inciso II do "caput", os requisitos mínimos que compõem a estrutura necessária para realizar ações de média e alta complexidade são: (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, § 1º); (Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018)

I – leitos de UTI; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, § 1º, I); (Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018)

II – serviço de diagnóstico por imagem (radiologia, ultrassonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética); (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, § 1º, II); (Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018)

III – sala cirúrgica; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, § 1º, III); (Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018)

IV – serviço de laboratório clínico; e (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, § 1º, IV); (Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018)

V – serviço de hemoterapia. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, § 1º, V); (Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018)

§ 2º Para fins do disposto no inciso IV do "caput", considera-se Porta de Entrada Hospitalar de Urgência instalada estrategicamente na RUE aquelas que forem qualificadas conforme regras previstas no Título I do Livro II, que organiza o Componente Hospitalar da RUE no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, § 2º); (Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018)

§ 3º Para fins do disposto no inciso VIII do "caput", considera-se equipe suficiente para realização de cirurgias dos casos de trauma aquela composta por, pelo menos, 1 (um) cirurgião ou ortopedista ou neurocirurgião ou cirurgião vascular ou cirurgião plástico ou cirurgião pediatra ou cirurgião crânio-maxilo-facial ou cirurgião e traumatologista buco-maxilo-facial ou urologista ou cirurgião torácico ou ginecologista ou obstetra ou oftalmologista. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, § 3º); (Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018)

§ 4º Para fins do disposto no inciso VIII do "caput", as cirurgias dos casos de trauma que são de competência do estabelecimento hospitalar são aquelas que podem ser realizadas pelos especialistas e sejam de média complexidade ou pelo ortopedista e/ou neurocirurgião e sejam de média ou alta complexidade, mediante a habilitação do referido estabelecimento de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, § 4º); (Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018)

§ 5º Os médicos das equipes de plantão e os médicos e cirurgiões-dentistas das equipes de apoio deverão possuir título de especialista na respectiva área de atuação, reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), Conselho Regional de Medicina (CRM), Conselho Federal de Odontologia (CFO) ou Conselho Regional de Odontologia (CRO), ou residência médica ou odontológica, de acordo com a respectiva área de atuação, reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC). (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, § 5º); (Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018)

§ 6º Os prestadores de serviços que se encontrarem disponíveis para o Centro de Trauma Tipo II deverão estar cadastrados no GCNES como terceiros vinculados ao estabelecimento de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, § 6º); (Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018)

Art. 109. Os estabelecimentos hospitalares que não se enquadrarem estritamente nos requisitos de que trata o art. 100, mas que, excepcionalmente, forem considerados estratégicos para a referência regional no Plano de Ação Regional da RUE, poderão ser considerados Centro de Trauma Tipo II mediante pactuação na CIR e na CID ou, se for o caso, no COSES/DF, com posterior avaliação e validação pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 14); (Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018)

Art. 110. Os Centros de Trauma Tipo II deverão estar localizados numa distância correspondente a um tempo de deslocamento de, no máximo, 60 (sessenta) minutos dos Centros de Trauma Tipo I, medido pelo meio de transporte sanitário mais rápido disponível permanentemente para a maioria dos casos de remoção. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 15); (Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018)

Seção III-

Do Centro de Trauma Tipo III-

(Origem: PRT MS/GM 1366/2013, CAPÍTULO II, Seção III); (Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018)

Art. 111. O Centro de Trauma Tipo III é um estabelecimento hospitalar que desempenha o papel de referência para atendimento ao paciente traumatizado e identifica-se como Hospital Especializado Tipo II, segundo a tipologia das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência de que trata o Título I do Livro II. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 16); (Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018)

Art. 442. Para se qualificar como Centro de Trauma Tipo III, o estabelecimento deve cumprir os seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17.) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

I – ser referência, com estrutura para realizar ações de média e alta complexidade para uma cobertura populacional de 500.001 (quinhentos mil e um) a 1.500.000 (um milhão e quinhentos mil) habitantes; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, I.) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

II – ter pelo menos 2 (duas) habilitações em alta complexidade, conferidas pelo Ministério da Saúde, sendo obrigatório que uma delas seja de traumatologia; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, II.) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

III – participar da RUE e ser Porta de Entrada Hospitalar de Urgência instalada estrategicamente na citada Rede; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, III.) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

IV – ser referência regional, com realização de, no mínimo, 10% (dez por cento) dos atendimentos oriundos de outros Municípios, conforme registro no SIH/SUS; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, IV.) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

V – possuir, no mínimo, 100 (cem) leitos cadastrados no SCNES; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, V.) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

VI – ter equipe específica na Porta de Entrada Hospitalar de Urgência para atendimento às vítimas de trauma, em regime de plantão 24 (vinte e quatro) horas, composta pelos seguintes profissionais: (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, VI.)

a) clínico geral; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, VI, a.) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

b) pediatra, se o estabelecimento hospitalar for referência em atendimento à pediatria; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, VI, b.) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

c) cirurgião; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, VI, c.) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

d) ortopedista; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, VI, d.) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

e) anestesiológico localizado no centro cirúrgico; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, VI, e.) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

f) enfermeiros; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, VI, f.) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

g) técnicos de enfermagem; e (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, VI, g.) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

h) equipes para manejo de pacientes críticos e dimensionados para o número de leitos. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, VI, h.) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

VII – possuir equipe suficiente para realização de cirurgia dos casos de trauma e que não comprometa o atendimento da Porta de Entrada Hospitalar de Urgência; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, VII.) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

VIII – possuir Centro Cirúrgico e leitos de enfermagem suficientes para o atendimento ao trauma; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, VIII.) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

IX – ter leitos de retaguarda para garantir a atenção integral do Componente Hospitalar da RUE, constituídos nos termos de ato específico do Ministro de Estado da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, IX.) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

X – garantir retaguarda de terapia intensiva para os casos de trauma ou pós-operatório de trauma ou queimados, quando necessitarem desse cuidado; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, X.) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

XI – ter disponíveis ou garantir a assistência ao trauma 24 (vinte e quatro) horas por dia, todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados, para as seguintes equipes médicas e de odontologia: (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XI.)

a) cirurgia vascular; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XI, a.) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

b) cirurgia plástica; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XI, b.) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

c) cirurgia pediátrica; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XI, c.) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

d) cirurgia de mão; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XI, d.) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

e) otorrinolaringologia; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XI, e.) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

f) oftalmologia; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XI, f.) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

g) cirurgia crânio-maxilo-facial e/ou cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XI, g.) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

h) urologia; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XI, h.) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

i) cirurgia torácica; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XI, i.) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

j) endoscopia; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XI, j.) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

k) ginecologia/obstetrícia; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XI, k.) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

l) clínica geral; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XI, l.) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

m) pediatria, quando referência em atendimento à pediatria; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XI, m.) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

n) nefrologia; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XI, n.) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

o) neurocirurgia; e (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XI, o.) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

p) ortopedia e traumatologia. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XI, p.) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

XII -- realizar atendimento de urgência 24 (vinte e quatro) horas por dia, todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XII) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

XIII -- possuir serviços de diagnóstico com radiologia, ultrassonografia e tomografia computadorizada; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XIII) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

XIV -- possuir ou ter disponível radiologia vascular intervencionista e ressonância magnética; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XIV) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

XV -- ter protocolos clínicos e assistenciais escritos e disponibilizados; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XV) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

XVI -- possuir serviço de laboratório clínico ou disponível em tempo integral; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XVI) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

XVII -- ter serviço de hemoterapia ou disponível em tempo integral; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XVII) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

XVIII -- possuir serviço de reabilitação ou disponível; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XVIII) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

XIX -- garantir acompanhamento ambulatorial dos pacientes atendidos; e (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XIX) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

XX -- ser referência em atenção ao trauma para o gestor de saúde e garantir o desenvolvimento de processos formativos para as equipes, por iniciativa própria ou por meio de cooperação. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XX) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

§ 1º Para fins do disposto no inciso I do "caput", os requisitos mínimos que compõem a estrutura necessária para realizar ações de média e alta complexidade são: (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, § 1º) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

I -- leitos de UTI; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, § 1º, I) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

II -- serviço de diagnóstico por imagem (radiologia, ultrassonografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética e radiologia intervencionista); (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, § 1º, II) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

III -- sala cirúrgica; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, § 1º, III) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

IV -- laboratório clínico; e (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, § 1º, IV) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

V -- hemoterapia. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, § 1º, V) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

§ 2º Para fins do disposto no inciso III do "caput", considera-se Porta de Entrada Hospitalar de Urgência instalada estrategicamente na RUE aquelas que forem qualificadas conforme regras previstas no Título I do Livro II, que organiza o Componente Hospitalar da RUE no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, § 2º) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

§ 3º Para fins do disposto no inciso VII do "caput", considera-se equipe suficiente para realização de cirurgias dos casos de trauma aquela composta por, pelo menos, 1 (um) cirurgião ou ortopedista ou neurocirurgião ou cirurgião vascular ou cirurgião plástico ou cirurgião pediatra ou cirurgião de mão ou cirurgião crânio-maxilo-facial ou cirurgião e traumatologista buco-maxilo-facial ou urologista ou cirurgião torácico ou ginecologista ou obstetra ou oftalmologista ou otorrinolaringologista ou endoscopista. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, § 3º) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

§ 4º Para fins do disposto no inciso VII do "caput", as cirurgias dos casos de trauma que são de competência do estabelecimento hospitalar são aquelas que podem ser realizadas pelos especialistas e sejam de média complexidade ou pelo ortopedista e/ou neurocirurgião e sejam de média ou alta complexidade. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, § 4º) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

§ 5º Os médicos das equipes de plantão e os médicos e cirurgiões-dentistas das equipes de apoio deverão possuir título de especialista na respectiva área de atuação, reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), Conselho Regional de Medicina (CRM), Conselho Federal de Odontologia (CFO) ou Conselho Regional de Odontologia (CRO), ou residência médica ou odontológica, de acordo com a respectiva área de atuação, reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC). (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, § 5º) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

§ 6º Os prestadores de serviços que se encontrarem disponíveis para o Centro de Trauma Tipo III deverão estar cadastrados no SGNES como terceiros vinculados ao estabelecimento de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, § 6º)

Art. 143. Os estabelecimentos hospitalares que não se enquadrarem estritamente nos requisitos de que trata o art. 142, mas que, excepcionalmente, forem considerados estratégicos para a referência regional no Plano de Ação Regional da RUE, poderão ser considerados Centro de Trauma Tipo III mediante pactuação na CIR e na GIB ou, se for o caso, no CGSES/DF, com posterior avaliação e validação pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 18) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

Art. 144. Os Centros de Trauma Tipo III deverão estar localizados numa distância correspondente a um tempo de deslocamento de, no máximo, 60 (sessenta) minutos dos Centros de Trauma Tipo II, medido pelo meio de transporte sanitário mais rápido disponível permanentemente para a maioria dos casos de remoção. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 19) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

CAPÍTULO III

DO REQUERIMENTO DE HABILITAÇÃO

(Origem: PRT MS/GM 1366/2013, CAPÍTULO III) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

Art. 145. Para habilitação de um estabelecimento hospitalar como Centro de Trauma Tipo I, II ou III, o ente federativo interessado, por meio de sua respectiva Secretaria de Saúde, deverá encaminhar requerimento, por meio físico, ao Ministério da Saúde, incluindo-se os seguintes documentos: (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 20) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

I -- cópia do Plano de Ação Regional (PAR) aprovado pela GIB ou documento que comprove a discussão e a implementação do PAR e aprovação da GIB; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 20, I) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

II -- expediente que comprove a aprovação da CIR e GIB para a referida implantação da Linha de Cuidado ao Trauma e habilitação do respectivo Centro de Trauma Tipo I, II ou III; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 20, II) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

III -- Termo de Compromisso assinado pelo gestor estadual e/ou municipal ou distrital de saúde, por meio do qual se obriga a estabelecer e cumprir a Linha de Cuidado ao Trauma da RUE, aprovada pelo Ministério da Saúde, com

realização de ações que permitam sua plena integração com os outros pontos de atenção, nos termos do documento-base da referida linha de cuidado, de modo a garantir o cuidado integral e de qualidade aos pacientes com trauma; e (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 20, III); [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#).

IV – Formulário para Vistoria do Gestor – Normas de Classificação e Habilitação de Centro de Trauma, assinado pelo gestor estadual e/ou municipal ou distrital de saúde, conforme modelos constantes dos Anexos 13, 14 e 15 do Anexo III, com comprovação documental do atendimento dos requisitos para classificação do estabelecimento hospitalar como Centro de Trauma Tipo I, II ou III. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 20, IV); [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#).

§ 1º Na hipótese de pedido de habilitação de um estabelecimento hospitalar como Centro de Trauma Tipo II ou Tipo III, além dos documentos previstos no "caput" o requerente deverá informar o número de leitos de UTI ou de leitos de retaguarda ao paciente com trauma. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 20, § 1º); [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#).

§ 2º Na hipótese de algumas atividades exigidas para habilitação serem realizadas por outros estabelecimentos hospitalares, além dos documentos previstos no "caput" o requerente deverá encaminhar termo de compromisso conforme modelo constante do Anexo 16 do Anexo III. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 20, § 2º); [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#).

§ 3º Os entes federativos e regiões de saúde que ainda não dispuserem de PAR, conforme descrito no inciso I do "caput", mas que forem considerados estratégicos para implantação da Linha de Cuidado ao Trauma conforme pactuação da CIB e CIR, poderão pleitear a habilitação para Centro de Trauma Tipo I, II ou III com dispensa da apresentação do documento de que trata o inciso I do "caput". (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 20, § 3º); [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#).

§ 4º Para fins do disposto no § 3º e para suprir a dispensa do documento de que trata o inciso I do "caput", o ente federativo interessado, por meio de sua respectiva Secretaria de Saúde, deverá encaminhar à CGMAC/DARAS/SAS/MS as seguintes documentações específicas: (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 20, § 4º, I) I – comprovação da cobertura do componente SAMU 192 da RUE; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 20, § 4º, I); [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#).

II – comprovação da existência de pontos de atenção de UPA 24hs e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas não hospitalares da RUE; e (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 20, § 4º, II); [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#).

III – expediente ou Termo de Compromisso do gestor local de saúde que comprove articulação assistencial entre SAMU 192, UPA 24 horas ou do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas não hospitalares da RUE, unidades hospitalares de retaguarda e outros serviços de atenção à saúde para promoção da reabilitação, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contrareferência e ordenando esses fluxos por meio de Centrais de Regulação Médica instaladas na região. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 20, § 4º, III); [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#).

Art. 116. O Ministério da Saúde, por meio da Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade (CGMAC/DAET/SAS/MS), avaliará a documentação encaminhada pela Secretaria de Saúde interessada, sendo que poderá realizar vistoria "in loco" a qualquer tempo para avaliação do cumprimento ou não dos requisitos exigidos para habilitação. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 21); [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#).

Parágrafo Único. O Ministério da Saúde poderá efetuar diligências e solicitar do requerente documentos e outras providências para subsidiar a análise do pedido de habilitação. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 21, Parágrafo Único); [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#).

Art. 117. Em caso de manifestação favorável da CGMAC/DARAS/SAS/MS a respeito do pedido de habilitação, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) adotará as providências para a publicação de portaria de habilitação do estabelecimento hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 22); [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#).

Art. 118. Em caso de manifestação desfavorável da CGMAC/DARAS/SAS/MS, a SAS/MS comunicará, por expediente físico, o resultado da análise à Secretaria de Saúde interessada. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 23); [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#).

CAPÍTULO IV **DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO** (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, CAPÍTULO V); [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#)

Art. 119. O Ministério da Saúde monitorará e avaliará periodicamente o atendimento contínuo dos requisitos de habilitação pelos estabelecimentos hospitalares e a efetiva realização dos serviços prestados para manutenção do repasse dos recursos financeiros ao ente federativo beneficiário, além dos seguintes itens de desempenho dos Centros de Trauma. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 20); [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#).

Art. 120. O monitoramento e a avaliação a que se refere o art. 119 será realizado com periodicidade máxima de 1 (um) ano, a partir do início do repasse de recursos financeiros previsto neste Título. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 20); [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#).

Parágrafo Único. Sem prejuízo do disposto no "caput" deste artigo, os Centros de Trauma poderão ser monitorados, em caráter complementar, da seguinte forma: (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 20, Parágrafo Único); [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#).

I – visitas "in loco" pelas Secretarias de Saúde estaduais, Distrital e municipais, bem como pelo Ministério da Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 20, Parágrafo Único, I); [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#).

II – atuação, quando couber, do Sistema Nacional de Auditoria (SNA). (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 20, Parágrafo Único, II); [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#).

Art. 121. O repasse do incentivo financeiro será imediatamente interrompido quando constatada, durante o monitoramento, a inobservância dos requisitos de habilitação e das demais condições previstas no art. 119. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 30); [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#).

Parágrafo Único. Uma vez interrompido o repasse do incentivo financeiro, novo pedido somente será deferido após novo procedimento de habilitação de Centro de Trauma, em que fique demonstrado o cumprimento de todos os requisitos previstos neste Título, caso em que o custoio voltará a ser pago, sem efeitos retroativos, a partir do novo deferimento pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 30, Parágrafo Único); [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 701 de 22.03.2018\)](#).

TÍTULO VII **DOS CENTROS DE INFORMAÇÃO E ASSISTÊNCIA TOXICOLÓGICA (CIATox)**

Art. 122. Ficam instituídos os Centros de Informação e Assistência Toxicológica (CIATox) como estabelecimentos de saúde integrantes da Linha de Cuidado ao Trauma, da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 1º)

Parágrafo Único. Nas localidades onde não houver plano da RUE aprovado caberá ao gestor manifestar o interesse pela adesão do CIATox à rede assistencial de urgência e emergência existente. (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 123. A integração dos centros à linha de cuidado ao trauma da RUE se dará pela manifestação formal do gestor local junto à Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade (CGMAC/DAET/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 2º)

Art. 124. Os Centros de Informação e Assistência Toxicológica (CIATox), constantes do Anexo 17 do Anexo III farão jus ao recebimento do incentivo financeiro, como forma de apoio à manutenção dos respectivos CIATox, nos termos da Seção XIII do Capítulo II do Título VIII da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 3º)

Art. 125. Para fins dos Centros de Informação e Assistência Toxicológica (CIATox), define-se: (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 4º)

I - Assistência Toxicológica: um conjunto de ações e práticas a nível individual e coletivo, relacionadas às exposições às substâncias químicas, toxinas de animais peçonhentos e plantas tóxicas, envolvendo a promoção e a vigilância da saúde e a prevenção, diagnóstico e tratamento das intoxicações agudas e crônicas. (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 4º, I)

II - Intoxicação: é um conjunto de sinais e sintomas provocados pela exposição às substâncias químicas e envenenamento por toxinas de animais peçonhentos e plantas tóxicas; e (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 4º, II)

III - Centro de Informação e Assistência Toxicológica: unidades de saúde, de referência em Toxicologia Clínica no SUS, com atendimento em regime de plantão permanente por teleconsultoria e ou presencial, com o objetivo de prover informação toxicológica aos profissionais de saúde e às instituições e prestar assistência às pessoas expostas e/ou intoxicadas, visando à redução da morbimortalidade. (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 4º, III)

Art. 126. São consideradas atividades essenciais dos Centros de Informação e Assistência Toxicológica: (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 5º)

I - Produção e disseminação de informações, com destaque para diagnóstico, prognóstico, tratamento e prevenção das intoxicações agudas e crônicas e os riscos que elas ocasionam à saúde; (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 5º, I)

II - Produção e disseminação de informações para orientação à rede assistencial sobre reações adversas a medicamentos, interações medicamentosas, sobre o uso racional de medicamentos na gestação, lactação, por idosos; (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 5º, II)

III - Suporte clínico a profissionais de saúde na avaliação de gravidade das intoxicações agudas e crônicas para o correto encaminhamento para unidades referenciadas; (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 5º, III)

IV - Notificação de eventos de interesse para a Saúde Pública, com destaque para intoxicações agudas e crônicas; (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 5º, IV)

V - Prevenção de doenças e agravos; e (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 5º, V)

VI - Promoção da saúde. (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 5º, VI)

Art. 127. São consideradas atividades opcionais dos Centros de Informação e Assistência Toxicológica: (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 6º)

I - Busca ativa de casos de interesse para Saúde Pública com destaque para intoxicações agudas e crônicas; (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 6º, I)

II - Investigação de eventos de interesse para a Saúde Pública, com destaque para intoxicações agudas e crônicas; (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 6º, II)

III - Suporte e análise laboratorial para os casos de intoxicação agudas e crônicas; e (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 6º, III)

IV - Assistência à saúde da população em geral em casos de intoxicação aguda ou crônica. (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 6º, IV)

Art. 128. A Secretaria de Atenção Saúde, do Ministério da Saúde, coordenará o processo de instituição dos CIATox na RUE. (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 8º)

TÍTULO VIII

DA LINHA DE CUIDADOS EM AVC E DOS CRITÉRIOS DE HABILITAÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS HOSPITALARES COMO CENTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA AOS PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC), NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Art. 128. Este Título dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 1º)

Art. 129. Os Centros de Atendimento de Urgência aos pacientes com AVC integram a Linha de Cuidados em AVC e são componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE). (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 3º)

Art. 130. Para fins de tratamento aos pacientes com AVC, os Centros de Atendimento de Urgência serão classificados como Tipo I, Tipo II ou Tipo III. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 4º)

CAPÍTULO I

DA HABILITAÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS HOSPITALARES COMO CENTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA AOS PACIENTES COM AVC NO ÂMBITO DO SUS
(Origem: PRT MS/GM 665/2012, CAPÍTULO I)

Art. 131. Serão habilitados como Centros de Atendimento de Urgência Tipo I os estabelecimentos hospitalares que desempenham o papel de referência para atendimento aos pacientes com AVC, que disponibilizam e realizam o procedimento com o uso de trombolítico, conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) específico, e que cumprem os seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 5º)

I - realizar atendimento de urgência 24 (vinte e quatro) horas por dia, todos os dias da semana, inclusive finais de semana; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 5º, I)

II - realizar exame de tomografia computadorizada de crânio nas 24 (vinte e quatro) horas do dia; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 5º, II)

III - dispor de equipe treinada em urgência para atendimento aos pacientes com AVC, composta por médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e coordenada por neurologista com título de especialista em neurologia reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) ou Conselho Regional de Medicina (CRM) ou residência médica em Neurologia reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC); (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 5º, III)

IV - disponibilizar protocolos clínicos e assistenciais escritos; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 5º, IV)

V - possuir leitos monitorados para o atendimento ao AVC agudo, com médico 24 (vinte e quatro horas) por dia e equipe treinada para o atendimento, podendo ser no serviço de urgência ou Unidade de Terapia Intensiva (UTI); (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 5º, V)

VI - realizar serviço de laboratório clínico em tempo integral; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 5º, VI)

VII - fornecer cobertura de atendimento neurológico, disponível em até 30 (trinta) minutos da admissão do paciente (plantão presencial, sobreaviso à distância ou suporte neurológico especializado por meio da telemedicina/telessaúde); (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 5º, V) (com redação dada pela PRT MS/GM 800/2015)

VIII - possuir Unidade de Tratamento Intensivo (UTI); (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 5º, VII) (com redação dada pela PRT MS/GM 800/2015)

IX - dispor de equipe neurocirúrgica 24 (vinte e quatro) horas/dia, seja ela própria, presencial ou disponível em até 2 (duas) horas, ou referenciada, disponível em até 2 (duas) horas; e (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 5º, IX) (com redação dada pela PRT MS/GM 800/2015)

X - realizar tratamento hemoterápico para possíveis complicações hemorrágicas. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 5º, X) (com redação dada pela PRT MS/GM 800/2015)

§ 1º Entende-se por telemedicina/telessaúde para tratamento agudo do AVC a utilização de sistemas de comunicação ou teleconferência que incluam ou não o compartilhamento de vídeo, som e dados de neuroimagem, permitindo a avaliação remota de um paciente com suspeita de AVC por um neurologista com experiência em AVC, preferencialmente vinculado a um Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com AVC. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 5º, § 1º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 800/2015)

§ 2º Na avaliação referida no § 1º do art. 5º, o sistema de comunicação ou teleconferência deve permitir que o neurologista realize: (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 5º, § 2º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 800/2015)

I - checagem da história clínica e do exame neurológico, se necessário, do referido paciente, conversando ou visualizando e, sobretudo, interagindo em tempo real com o paciente e a equipe médica à distância para o cuidado ao paciente com AVC; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 5º, § 2º, I)

II - deve-se avaliar, em tempo real, a neuroimagem realizada logo após sua aquisição no equipamento remoto (tomografia computadorizada ou ressonância magnética de crânio), através de um software de transmissão de imagem, com visualizador que tenha ajuste do centro e largura da janela da imagem e transferência de dados segura, quando necessitar de trombólise; e (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 5º, § 2º, II)

III - todo o cuidado ao paciente com AVC para redução da morbidade e sequelas, considerando seus riscos. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 5º, § 2º, III)

Art. 132. Serão habilitados como Centros de Atendimento de Urgência Tipo II os estabelecimentos hospitalares que desempenham o papel de referência para atendimento aos pacientes com AVC, que cumpram todos os requisitos exigidos no art. 131 e que disponham de: (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º)

I - Unidade de Cuidado Agudo ao AVC (U-AVC Agudo), que deverá: (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, I)

a) possuir área física definida com, no mínimo, cinco leitos exclusivamente destinados ao atendimento do paciente com AVC agudo (isquêmico, hemorrágico ou acidente isquêmico transitório); (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, I, a)

b) realizar atendimento ao paciente com AVC agudo até setenta e duas horas de internação oferecendo, inclusive, tratamento trombolítico endovenoso para o AVC isquêmico; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, I, b)

c) realizar atendimento de forma multiprofissional, com a inclusão de fisioterapia e fonoaudiologia; e (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, I, c)

d) garantir que o tratamento de fase aguda seja coordenado por neurologista; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, I, d)

II - realização dos seguintes procedimentos: (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, II)

a) Eletrocardiograma (ECG); (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, II, a)

b) serviço de laboratório clínico em tempo integral; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, II, b)

c) serviço de radiologia; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, II, c)

III - garantia do acesso, por intermédio de termo de compromisso, nos termos do Anexo 21 do Anexo III, aos seguintes procedimentos: (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, III)

a) ressonância magnética; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, III, b)

b) angioressonância; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, III, c)

c) ecodoppler transcraniano; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, III, d)

d) neuroradiologia intervencionista; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, III, e)

e) ultrassonografia doppler colorido de vasos (exame de doppler de artérias cervicais); (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, III, a) (com redação dada pela PRT MS/GM 800/2015)

f) ecocardiografia (ecocardiograma) transtorácico e transesofágico; e (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, III, f) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 800/2015)

g) angiografia; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, III, g) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 800/2015)

§ 1º Entende-se por U-AVC Agudo, unidade de cuidados clínicos multiprofissional com, no mínimo, 5 (cinco) leitos no mesmo espaço físico, coordenada por neurologista, dedicada ao cuidado aos pacientes acometidos pelo Acidente Vascular Cerebral (isquêmico, hemorrágico ou ataque isquêmico transitório), durante a fase aguda (até 72 horas da internação) e oferecer tratamento trombolítico endovenoso. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 1º)

§ 2º Cada U-AVC Agudo deve possuir os seguintes recursos: (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º)

I - recursos humanos: (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, I)

a) um responsável técnico neurologista, com título de especialista em neurologia reconhecido pelo CFM ou CRM ou residência médica em Neurologia reconhecida pelo MEC; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, I, a)

b) médico 24 (vinte e quatro) horas por dia; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, I, b)

c) enfermeiro 24 (vinte e quatro) horas por dia; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, I, c)

d) um técnico de enfermagem exclusivo para cada 4 (quatro) leitos, 24 (vinte e quatro) horas por dia; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, I, d)

e) suporte diário de fisioterapeuta; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, I, e)

f) suporte diário de fonoaudiólogo; e (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, I, f)

g) suporte de neurologista, 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana, inclusive feriados; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, I, g)

II - recursos materiais: (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, II)

a) camas hospitalares com grades laterais, correspondente ao número de leitos habilitados; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, II, a)

b) um estetoscópio por leito; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, II, b)

c) pelo menos dois equipamentos para infusão contínua e controlada de fluidos ("bomba de infusão") para cada leito, com reserva operacional de um equipamento para cada 3 (três) leitos; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, II, c)

d) pontos de oxigênio e ar comprimido medicinal com válvulas reguladoras de pressão e pontos de vácuo para cada leito; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, II, d)

e) materiais para aspiração; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, II, e)

f) kit, por unidade, para atendimento às emergências contendo medicamentos e os seguintes materiais: (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, II, f)

1. equipamentos para ressuscitação respiratória manual do tipo balão autoinflável, com reservatório e máscara facial (ambu); (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, II, f, 1)

2. cabos e lâminas de laringoscópio; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, II, f, 2)

3. tubos/cânulas endotraqueais; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, II, f, 3)

4. fixadores de tubo endotraqueal; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, II, f, 4)

5. cânulas de Guedel; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, II, f, 5)

6. fio guia estéril; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, II, f, 6)

g) um equipamento desfibrilador/cardioversor por unidade; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, II, g)

h) um eletrocardiógrafo portátil por unidade; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, II, h)

i) um equipamento para aferição de glicemia capilar, específico para uso hospitalar por unidade; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, II, i)

j) uma maca para transporte, com grades laterais, suporte para soluções parenterais e suporte para cilindro de oxigênio para cada 5 (cinco) leitos; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, II, j)

k) cilindro transportável de oxigênio; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, II, k)

l) uma máscara facial com diferentes concentrações de oxigênio para cada 3 (três) leitos; e (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, II, l)

m) um monitor de beira de leito para monitorização contínua de frequência cardíaca, cardioscopia, oximetria de pulso e pressão não invasiva, frequência respiratória e temperatura, para cada leito. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, II, m)

§ 3º As unidades da federação que não cumprirem os critérios de habilitação descritos neste artigo e tiverem necessidade de U-ACV Agudo no contexto da Rede de Urgência e Emergência poderão solicitar a referida habilitação, que será analisada e definida pelo Ministério da Saúde em ato específico. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 3º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 800/2015)

Art. 133. Serão habilitados como Centros de Atendimento de Urgência Tipo III aos pacientes com AVC, os estabelecimentos hospitalares que cumprirem todos os requisitos exigidos nos arts. 131 e 132 do Anexo III e que disponham de: (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º)

I - Unidade de Cuidado Integral ao AVC (U-ACV Integral), que inclui a Unidade de Cuidado Agudo ao AVC, podendo compartilhar ou não o mesmo espaço físico; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, I)

II - no mínimo, 10 (dez) leitos; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, II)

III - atendimento da totalidade dos casos de AVC agudo admitidos na instituição, exceto aqueles que necessitarem de terapia intensiva e aqueles para os quais for definido por suporte com cuidados paliativos; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, III)

IV - tratamento da fase aguda, reabilitação precoce e investigação etiológica completa; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, IV)

V - ambulatório especializado, preferencialmente próprio, podendo também ser referenciado, para dar suporte à RUE; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, V)

§ 1º Entende-se por U-ACV Integral, unidade de cuidados clínicos multiprofissional com, no mínimo, 10 (dez) leitos, coordenada por neurologista, dedicada ao cuidado dos pacientes acometidos pelo Acidente Vascular Cerebral (isquêmico, hemorrágico ou ataque isquêmico transitório) até 15 (quinze) dias da internação hospitalar, com a atribuição de dar continuidade ao tratamento da fase aguda, reabilitação precoce e investigação etiológica completa. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 1º)

§ 2º A U-ACV Integral deve possuir os seguintes recursos: (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º)

I - recursos humanos: (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, I)

a) 1 (um) responsável técnico neurologista com título de especialista em neurologia reconhecido pelo CFM ou CRM ou residência médica em Neurologia reconhecida pelo MEC; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, I, a)

b) um médico, 24 (vinte e quatro) horas por dia; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, I, b)

c) suporte de neurologista, 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana, inclusive feriados; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, I, c)

d) um enfermeiro exclusivo na unidade; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, I, d)

e) um técnico de enfermagem para cada 4 (quatro) leitos; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, I, e)

f) um fisioterapeuta para cada 10 (dez) leitos, 6 (seis) horas por dia; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, I, f)

g) um fonoaudiólogo para cada 10 (dez) leitos, 6 (seis) horas por dia; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, I, g)

h) um terapeuta ocupacional para cada 10 (dez) leitos, 6 (seis) horas por dia; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, I, h)

i) um assistente social, 6 (seis) horas por dia, de segunda a sexta-feira; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, I, i)

j) suporte de psicólogo, nutricionista e farmacêutico na instituição; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, I, j)

II - recursos materiais: (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, II)

a) camas hospitalares com grades laterais, correspondente ao número de leitos habilitados; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, II, a)

b) um estetoscópio por leito; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, II, b)

c) 2 (dois) equipamentos para infusão contínua e controlada de fluidos ("bomba de infusão") para cada leito, com reserva operacional de um equipamento para cada 3 (três) leitos; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, II, c)

d) 50% (cinquenta por cento) dos leitos com capacidade para monitoração contínua de frequência respiratória, oximetria de pulso, frequência cardíaca, eletrocardiografia, temperatura, pressão arterial não invasiva; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, II, d)

e) pontos de oxigênio e ar comprimido medicinal com válvulas reguladoras de pressão e pontos de vácuo para cada leito; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, II, e)

f) 1 (uma) máscara facial que permite diferentes concentrações de oxigênio para cada 5 (cinco) leitos; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, II, f)

g) materiais para aspiração; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, II, g)

h) um eletrocardiógrafo portátil por unidade; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, II, h)

i) kit, por unidade, para atendimento às emergências contendo medicamentos e os seguintes materiais: (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, II, i)

1. equipamentos para ressuscitação respiratória manual do tipo balão autoinflável, com reservatório e máscara facial (ambu); (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, II, i, 1)

2. cabos e lâminas de laringoscópio; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, II, i, 2)

3. tubos/cânulas endotraqueais; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, II, i, 3)

4. fixadores de tubo endotraqueal; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, II, i, 4)

5. cânulas de Guedel; e (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, II, i, 5)

6. fio guia estéril; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, II, i, 6)

j) 1 (um) equipamento desfibrilador/cardioversor por unidade; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, II, j)

k) 1 (um) equipamento para aferição de glicemia capilar, específico por unidade; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, II, k)

l) 1 (uma) maca para transporte, com grades laterais, suporte para soluções parenterais e suporte para cilindro de oxigênio para cada 10 (dez) leitos; e (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, II, l)

m) cilindro transportável de oxigênio. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, II, m)

§ 3º A U-AVC Integral deve monitorar e registrar os seguintes indicadores assistenciais e de processo: (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 3º)

I - profilaxia para trombose venosa profunda iniciada até o segundo dia; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 3º, I)

II - alta hospitalar em uso de antiagregante plaquetário em pacientes com AVC não cardioembólico, salvo situações específicas que dependam da análise do quadro clínico do paciente; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 3º, II)

III - alta hospitalar em uso de anticoagulação oral para pacientes com Fibrilação Atrial (FA) ou "Flutter", salvo contraindicações; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 3º, III)

IV - uso de antiagregantes plaquetários, quando indicado, iniciado até o segundo dia de internação; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 3º, IV)

V - alta hospitalar em uso de estatina para pacientes com AVC aterotrombótico, salvo contraindicações; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 3º, V)

VI - alta hospitalar com plano de terapia profilática e de reabilitação; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 3º, VI)

VII - porcentagem de pacientes com doença cerebrovascular aguda atendidos na Unidade de AVC; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 3º, VII)

VIII - o tempo de permanência hospitalar do paciente acometido por AVC visando redução do mesmo; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 3º, VIII)

IX - as seguintes complicações: trombose venosa profunda, úlcera de pressão, pneumonia, infecção do trato urinário; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 3º, IX)

X - CID-10 específico do tipo de AVC à alta hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 3º, X)

XI - mortalidade hospitalar por AVC, visando redução da mesma; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 3º, XI)

XII - tempo porta-tomografia < 25 minutos; e (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 3º, XII)

XIII - tempo porta-agulha < 60 minutos. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 3º, XIII)

§ 4º As unidades da federação que não cumprirem os critérios de habilitação definidos neste artigo e tiverem necessidade de U-AVC Integral no contexto da Rede de Urgência e Emergência poderão solicitar a referida habilitação, que será analisada e definida pelo Ministério da Saúde em ato específico. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 4º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 800/2015)

Art. 134. Para a habilitação em Centro de Atendimento de Urgência Tipo I, II e III aos pacientes com AVC junto ao Ministério da Saúde, os gestores estaduais, do Distrito Federal e municipais deverão encaminhar a respectiva solicitação, por meio de ofício, à Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade (CGMAC/DAET/SAS/MS) com as seguintes documentações: (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 8º)

I - cópia do Plano de Ação Regional (PAR) aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou equivalente, submetido ao Ministério da Saúde, ou expediente que comprove elaboração do PAR da Rede de Urgência e Emergência e a resolução da CIB aprovando a habilitação dos serviços; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 8º, I)

II - Termo de Compromisso assinado pelo Gestor Municipal e/ou Estadual e do Distrito Federal por meio do qual se obriga a estabelecer e adotar a Linha de Cuidado em AVC e o PCDT - Trombólise no Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo, constante do Plano de Ação Regional da RUE, com realização de ações que permitam sua plena integração com os outros pontos de atenção, nos termos do documento base da referida linha de cuidados, de modo a garantir o cuidado integral e de qualidade aos pacientes com acidente vascular cerebral; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 8º, II)

III - Formulário para Vistoria do Gestor - Normas de Classificação e Habilitação de Centro de Atendimento de Urgência assinado pelo Gestor Municipal e/ou Estadual e Distrito Federal do SUS, conforme modelos constantes dos Anexos 18, 19 e 20 do Anexo III, com comprovação do cumprimento das exigências para habilitação; e (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 8º, III)

IV - atualização das informações no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 8º, IV)

§ 1º Em caso de solicitação de habilitação para Centro de Atendimento de Urgência Tipo II ou Tipo III aos Pacientes com AVC, também deverá ser informado o número de leitos da Unidade de Cuidado Agudo ao paciente com AVC ou da Unidade de Cuidado Integral ao paciente com AVC. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 8º, § 1º)

§ 2º O Ministério da Saúde avaliará a documentação encaminhada pelo Gestor local do SUS, que poderá realizar vistoria in loco para a habilitação a qualquer tempo. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 8º, § 2º)

§ 3º Caso o resultado da avaliação do pedido de habilitação seja favorável, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) adotará as providências para a publicação de portaria de habilitação. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 8º, § 3º)

§ 4º Em caso de pendências, o Ministério da Saúde encaminhará ao Gestor local do SUS ofício para conhecimento e providências para regularização. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 8º, § 4º)

§ 5º Caso o resultado da avaliação do pedido de habilitação seja desfavorável, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) comunicará ao Gestor local do SUS. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 8º, § 5º)

§ 6º As localidades e regiões que ainda não dispuserem do PAR, conforme descrito em inciso I do "caput", e forem consideradas estratégicas para implantação da Linha de Cuidado ao AVC pelos gestores estaduais e municipais, poderão pleitear habilitação para o Centro de Atendimento de Urgência aos pacientes com AVC Tipo I, II ou III, mediante a apresentação dos documentos descritos no § 7º deste artigo e parecer técnico da CGMAC/DAET/SAS/MS, além do cumprimento das regras desta Portaria, com exceção do inciso I do "caput" do presente artigo. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 8º, § 6º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 800/2015)

§ 7º Para o cumprimento do § 6º do "caput" deste artigo, os gestores deverão encaminhar à CGMAC/DAET/SAS/MS os seguintes documentos: (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 8º, § 7º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 800/2015)

I - comprovação da cobertura do componente SAMU 192 da Rede de Urgência e Emergência; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 8º, § 7º, I)

II - comprovação da existência de pontos de atenção de Unidades de Pronto Atendimento (UPA) ou serviços de urgências; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 8º, § 7º, II)

III - cobertura mínima, pela Atenção Básica, de 50% (cinquenta por cento) da população; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 8º, § 7º, III)

IV - expediente ou termo de compromisso que comprove articulação com a Atenção Básica à Saúde, SAMU 192, unidades hospitalares de retaguarda e com outros serviços de atenção à saúde para promoção da reabilitação, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência, ordenando tais fluxos por meio de Centrais de Regulação Médica instaladas na região; e (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 8º, § 7º, IV)

V - expediente que comprove a aprovação da CIR e da CIB para a referida implantação da Linha de Cuidado ao AVC e habilitação do respectivo Centro de Atendimento de Urgência aos pacientes com AVC Tipo I, II ou III. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 8º, § 7º, V)

CAPÍTULO II DAS DISPOSIÇÕES FINAIS (Origem: PRT MS/GM 665/2012, CAPÍTULO III)

Art. 135. A Tabela de Procedimentos, Medicamentos Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde (SUS) fica acrescida do procedimento "Tratamento de acidente vascular cerebral isquêmico agudo com uso de trombolítico - Código 03.03.04.030-0", nos termos do Anexo LXXXIX da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 13)

Parágrafo Único. São excludentes entre si os procedimentos 03.03.04.014-9 - Tratamento de acidente vascular cerebral - AVC (isquêmico ou hemorrágico agudo) e 03.03.04.030-0 - Tratamento de acidente vascular cerebral isquêmico agudo com uso de trombolítico, previstos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 13, Parágrafo Único)

Art. 136. Os serviços de saúde autorizados a prestar assistência aos pacientes acometidos por AVC no âmbito do SUS devem submeter-se à regulação, controle e avaliação dos respectivos gestores, os quais são responsáveis por: (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 14)

I - avaliação permanente da estrutura e equipe dos serviços habilitados para prestar este tipo de atendimento; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 14, I)

II - avaliação da compatibilidade entre a estrutura e equipe autorizadas a prestar os serviços e a respectiva produção; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 14, II)

III - avaliação da compatibilidade entre o número de casos esperados para a população atendida, o número de atendimentos realizados e o número de procedimentos, observando-se também a frequência esperada dos procedimentos (consultas e acompanhamentos/tratamentos) correlacionados; e (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 14, III)

IV - avaliação da qualidade dos serviços prestados. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 14, IV)

§ 1º Os serviços de saúde autorizados a prestar assistência aos pacientes acometidos por AVC no âmbito do SUS deverão observar a Linha de Cuidados em AVC e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo, instituído por meio da Portaria nº 664/GM/MS, de 12 de abril de 2012. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 14, § 1º)

§ 2º O controle, a avaliação e a auditoria deverão utilizar como parâmetro a frequência do procedimento 03.03.04.030-0 - Tratamento do acidente vascular cerebral isquêmico agudo com uso de trombolítico e do procedimento 03.03.04.014-9 - Tratamento de acidente vascular cerebral - AVC (isquêmico ou hemorrágico agudo), devendo a frequência do procedimento 03.03.04.030-0 representar até vinte por cento da soma das duas frequências em cada estabelecimento de saúde habilitado. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 14, § 2º)

Art. 137. Fica aprovada a Linha de Cuidados em AVC, a ser observada por todos os serviços habilitados nos termos deste Título, cujo conteúdo encontrar-se-á disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br/sas. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 16)

TÍTULO IX DA LINHA DE CUIDADO DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO (IAM) E DO PROTOCOLO CLÍNICO SOBRE SÍNDROMES CORONARIANAS AGUDAS (SCA)

Art. 138. Fica aprovada a Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e do Protocolo Clínico sobre Síndromes Coronarianas Agudas (SCA). (Origem: PRT MS/GM 2994/2011, Art. 1º)

Parágrafo Único. A Linha de Cuidado do IAM e o Protocolo Clínico sobre SCA de que trata este artigo encontram-se disponíveis no endereço eletrônico www.saude.gov.br/sas. (Origem: PRT MS/GM 2994/2011, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 139. Inclui na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS os procedimentos contidos no Anexo XIV da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 2994/2011, Art. 2º)

Parágrafo Único. Os procedimentos indicados pelo Anexo XV da Portaria de Consolidação nº 6 são excludentes entre si. (Origem: PRT MS/GM 2994/2011, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 140. Altera na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS os atributos dos procedimentos de acordo com o Anexo XVI da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 2994/2011, Art. 3º)

Art. 141. Garanti, na alta hospitalar, a continuidade do uso da medicação clopidogrel (75 mg) para que o paciente faça uso diário por trinta (30) dias da referida medicação, conforme protocolo clínico supracitado. (Origem: PRT MS/GM 2994/2011, Art. 4º)

Parágrafo Único. : A medicação clopidogrel será fornecida pelo hospital quando da internação do paciente, conforme protocolo clínico, e o hospital deverá fornecê-la ao paciente por mais 30 dias da alta, até que seja adquirido pelo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF). (Origem: PRT MS/GM 2994/2011, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 142. Fica instituída, no âmbito do SUS, a Unidade de Terapia Intensiva Coronariana (UCO), na forma do Anexo XIII da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 2994/2011, Art. 5º)

§ 1º Entende-se por Unidade de Terapia Intensiva Coronariana, ou simplesmente, Unidade Coronariana (UCO), a unidade de terapia intensiva dedicada ao cuidado a pacientes com síndrome coronariana aguda, devendo, necessariamente, dispor de infraestrutura típica de terapia intensiva, mas se localizar em instituição capacitada para fornecer apoio diagnóstico e terapêutico para os pacientes com síndrome coronariana aguda, incluindo recursos humanos qualificados, métodos diagnósticos não invasivos e invasivos e oportunidade de tratamento percutâneo e cirúrgico em caráter de urgência. (Origem: PRT MS/GM 2994/2011, Art. 5º, § 1º)

§ 2º A UCO deverá ser habilitada como Leito de Terapia Intensiva Coronariana - UCO tipo II ou tipo III, de acordo com os critérios de habilitação de Unidade de Terapia Intensiva - UTI tipo II ou tipo III dispostos na Portaria GM/MS nº 3.432, de 12 de agosto de 1998. (Origem: PRT MS/GM 2994/2011, Art. 5º, § 3º)

Art. 143. Será publicada em portaria específica a operacionalização das terapias medicamentosas ora incluídas para as Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), previstos na Linha de Cuidado do IAM e Protocolo da Síndrome Coronariana Aguda. (Origem: PRT MS/GM 2994/2011, Art. 10)

TÍTULO X

DO CUIDADO PROGRESSIVO AO PACIENTE CRÍTICO OU GRAVE

Art. 144. Fica aprovado, na forma do anexo, disponível no endereço eletrônico [www.saude.gov.br/sas](http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/ANEXO-PACIENTE-CRITICO-OU-GRAVE.pdf) <http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/ANEXO-PACIENTE-CRITICO-OU-GRAVE.pdf> ([Redação dada pelo DOU, Seção 1, página 58 de 15.06.2018](#)), o cuidado progressivo ao paciente crítico ou grave com os critérios de elegibilidade para admissão e alta, de classificação e de habilitação de leitos de Terapia Intensiva Adulto, Pediátrico, Unidade Coronariana, Queimados e Cuidado Intermediário Adulto e Pediátrico no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 895/2017, Art. 1º)

Parágrafo Único. As Unidades de Terapia Intensiva e as Unidades de Cuidados Intermediários devem articular uma linha de cuidado progressivo, de acordo com a condição clínica e complexidade do cuidado do paciente. (Origem: PRT MS/GM 895/2017, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 145. A Secretaria de Atenção à Saúde regulamentará os procedimentos hospitalares do SIH/SUS das Unidades de Cuidados Intermediário Adulto e Pediátrico. (Origem: PRT MS/GM 895/2017, Art. 2º)

Art. 146. As habilitações vigentes à data de publicação da Portaria nº 895/GM/MS, de 31 de março de 2017 classificadas como 26.96 - UTI Adulto Tipo I e 26.98 - UTI Pediátrica Tipo I serão classificadas respectivamente em UCI-a e UCI-ped. (Origem: PRT MS/GM 895/2017, Art. 3º)

Parágrafo Único. Serão excluídos da Tabela de Leitos Complementares do Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES) os tipos de leitos de UTI Adulto Tipo I (26.96) e UTI Pediátrica Tipo I (26.98) e incluídos os tipos de leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Adulto (UCI-a) e Unidade de Cuidados Intermediários Pediátrico (UCI-ped), cabendo ao gestor competente (Estado ou Município) do SUS a inserção dos respectivos leitos no campo Leito Complementar - módulo "Leitos Existentes". (Origem: PRT MS/GM 895/2017, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 147. As Unidades de Terapia Intensiva atualmente habilitadas como Tipo II ou Tipo III, permanecerão como tal. (Origem: PRT MS/GM 895/2017, Art. 4º)

Art. 148. Caberá à Coordenação-Geral dos Sistemas de Informação do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (CGSI/DRAC/SAS/MS) adotar as providências necessárias junto ao Departamento de Informática do SUS da Secretaria-Executiva (DATASUS), para o cumprimento do disposto neste Título. (Origem: PRT MS/GM 895/2017, Art. 5º)

TÍTULO XI

DA ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS PROLONGADOS PARA RETAGUARDA À REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS (RUE) E DEMAIS REDES TEMÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Art. 149. Este Título estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 1º)

Art. 150. Os Cuidados Prolongados poderão se organizar nas seguintes formas: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 2º)

I - Unidade de Internação em Cuidados Prolongados como serviço dentro de um Hospital Geral ou Especializado (UCP); ou (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 2º, I)

II - Hospital Especializado em Cuidados Prolongados (HCP). (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 2º, II)

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS SOBRE CUIDADOS PROLONGADOS NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

(Origem: PRT MS/GM 2809/2012, CAPÍTULO I)

Art. 151. As UCP e HCP se constituem em uma estratégia de cuidado intermediária entre os cuidados hospitalares de caráter agudo e crônico reagudizado e a atenção básica, inclusive a atenção domiciliar, prévia ao retorno do usuário ao domicílio. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 3º)

Art. 152. Os Cuidados Prolongados destinam-se a usuários em situação clínica estável, que necessitem de reabilitação e/ou adaptação a sequelas decorrentes de processo clínico, cirúrgico ou traumatológico. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 4º)

Art. 153. Os Cuidados Prolongados têm como objetivo geral a recuperação clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral e intensiva da pessoa com perda transitória ou permanente de autonomia potencialmente recuperável, de forma parcial ou total, e que não necessite de cuidados hospitalares em estágio agudo. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 5º)

Parágrafo Único. São considerados usuários em situação de perda de autonomia aqueles com limitações físicas, funcionais, neurológicas e/ou motoras, restritos ao leito, ou em qualquer condição clínica que indique a necessidade de cuidados prolongados em unidade hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 154. São diretrizes dos Cuidados Prolongados: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 6º)

I - prestação individualizada e humanizada do cuidado ao usuário hospitalizado que necessite de cuidados em reabilitação intensivos, semi-intensivos ou não intensivos para o reestabelecimento das funções e atividades, bem como para a recuperação de sequelas; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 6º, I)

II - equidade no acesso e atenção prestada em tempo oportuno; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 6º, II)

III - garantia de cuidado por equipe multidisciplinar; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 6º, III)

IV - incentivo à autonomia e autocuidado do usuário; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 6º, IV)

V - articulação entre as equipes multidisciplinares das UCP com as equipes de atenção básica, inclusive atenção domiciliar, centros de referência em reabilitação, bem como com outras equipes que atuem nos demais pontos de atenção do território, permitindo a efetivação da integralidade da assistência e a continuidade do cuidado; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 6º, V)

VI - garantia da alta hospitalar responsável e em tempo oportuno, nos termos do Capítulo III do Título XI do Livro II; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 6º, VI)

VII - eficiência e qualidade na prestação dos cuidados; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 6º, VII)

VIII - corresponsabilização da família no cuidado; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 6º, VIII)

IX - intersetorialidade; e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 6º, IX)

X - acessibilidade. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 6º, X)

Art. 155. Os Cuidados Prolongados têm como finalidade: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 7º)

I - desenvolver um sistema diferenciado de cuidados por meio da introdução de intervenções inovadoras e adaptadas às novas necessidades sócio-demográficas e epidemiológicas da população; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 7º, I)

II - garantir o acolhimento, acessibilidade e humanização do cuidado ao usuário; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 7º, II)

III - reabilitar o usuário, de forma parcial ou total, e possibilitar a continuidade do cuidado com intervenções terapêuticas que permitam o reestabelecimento de suas funções e atividades, promovendo autonomia e independência funcional, bem como a recuperação de suas sequelas; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 7º, III)

IV - avaliar, de forma global, por meio de atuação multidisciplinar integrada, as necessidades do usuário, considerando sua situação de dependência e os seus objetivos de funcionalidade e autonomia definidos periodicamente; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 7º, IV)

V - incentivar e apoiar a adaptação dos usuários à incapacidade e aprendizagem do autocuidado; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 7º, V)

VI - acompanhar o usuário em situação de dependência por meio de Plano Terapêutico, especialmente, quando se tratar de um usuário com quadro clínico complexo ou de alta vulnerabilidade, devendo ser o resultado da discussão de caso em equipe, com vistas ao seu retorno ao domicílio; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 7º, VI)

VII - promover a continuidade do acompanhamento do usuário após a alta hospitalar, de forma a possibilitar a revisão de diagnóstico, a reavaliação de riscos e a adequação de condutas entre os especialistas envolvidos; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 7º, VII)

VIII - apoiar a manutenção da capacidade funcional do usuário, garantindo os cuidados terapêuticos e o apoio psicossocial necessários, com o intuito de promover a independência funcional e a autonomia; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 7º, VIII)

IX - orientar e apoiar os familiares e cuidadores, em parceria com a atenção básica, inclusive atenção domiciliar, para manutenção e corresponsabilização do cuidado em uma construção progressiva de autonomia e retorno ao convívio social; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 7º, IX)

X - buscar a integralidade da assistência atuando de forma articulada às demais equipes de atenção à saúde atuantes no território; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 7º, X)

XI - diminuir a ocupação inadequada de leitos de urgência e de Unidades de Terapia Intensiva (UTI); (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 7º, XI)

XII - reduzir as internações recorrentes ocasionadas por agravamento de quadro clínico dos usuários em regime de atenção domiciliar; e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 7º, XII)

XIII - aumentar a rotatividade dos leitos de retaguarda clínica para quadros agudos e crônicos reagudizados. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 7º, XIII)

CAPÍTULO II

DA ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS PROLONGADOS NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

(Origem: PRT MS/GM 2809/2012, CAPÍTULO II)

Art. 156. Os Cuidados Prolongados poderão se organizar nas seguintes formas: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 8º)

I - Unidades de Internação em Cuidados Prolongados como Serviço dentro de um Hospital Geral ou Especializado (UCP); e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 8º, I)

II - Hospitais Especializados em Cuidados Prolongados (HCP). (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 8º, II)

§ 1º As UCP devem possuir entre quinze e vinte e cinco leitos para tratamento prolongado. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 8º, § 1º)

§ 2º O HCP constitui-se em um estabelecimento cuja capacidade instalada total seja direcionada para essa finalidade, com, no mínimo, quarenta leitos. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 8º, § 2º)

Art. 157. As UCP e o HCP terão acessibilidade e contarão com Sala Multiuso de Reabilitação, espaço destinado ao atendimento do usuário em cuidados prolongados, com vistas à reabilitação precoce e à aceleração do processo de desospitalização pela Equipe Multiprofissional. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 9º)

§ 1º As UCP deverão contar com Sala Multiuso de Reabilitação Tipo I e os HCP deverão contar com Sala Multiuso de Reabilitação Tipo II, de acordo com estabelecido no Anexo 22 do Anexo III. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 9º, § 1º)

§ 2º Para os fins deste Título, acessibilidade é entendida como a presença de condições necessárias para que o usuário realize qualquer movimentação ou deslocamento dentro de suas capacidades individuais, por seus próprios meios ou com o auxílio de um profissional, familiar ou cuidador, em condições seguras, mesmo que para isso necessite de aparelhos ou equipamentos específicos. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 9º, § 2º)

Seção I

Da Equipe Multidisciplinar

(Origem: PRT MS/GM 2809/2012, CAPÍTULO II, Seção I)

Art. 158. As UCP deverão contar com uma equipe multiprofissional para cada módulo com quinze a vinte e cinco leitos, com as seguintes composição e carga horária mínimas de trabalho dos respectivos profissionais: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 10)

I - médico: vinte horas semanais, distribuídas de forma horizontal, de segunda a sexta-feira; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 10, I)

II - enfermeiro: sessenta horas semanais; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 10, II)

III - técnico de enfermagem: no mínimo um técnico para cada cinco usuários hospitalizados, disponível nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 10, III)

IV - assistente social: vinte horas semanais; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 10, IV)

V - fisioterapeuta: sessenta horas semanais; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 10, V)

VI - psicólogo: vinte horas semanais; e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 10, VI)

VII - fonoaudiólogo: trinta horas semanais. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 10, VII)

Parágrafo Único. Os usuários das UCP de que trata este artigo deverão contar com acesso a outras especialidades médicas, quando necessário. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 10, Parágrafo Único)

Art. 159. Os HCP deverão possuir toda a estrutura necessária para o funcionamento de um estabelecimento hospitalar, segundo legislação vigente, e para cada módulo com quarenta leitos, uma equipe multiprofissional com as seguintes composição e carga horária mínimas de trabalho dos respectivos profissionais: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 11)

I - médico plantonista disponível nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 11, I)

II - médico: vinte horas semanais, distribuídas de forma horizontal, de segunda a sexta-feira; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 11, II)

III - enfermeiro: oitenta horas semanais; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 11, III)

IV - enfermeiro plantonista noturno disponível nas vinte e quatro horas do dia e em todos os dias da semana; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 11, IV)

V - técnico de enfermagem: no mínimo um técnico para cada cinco usuários hospitalizados, disponível nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 11, V)

VI - assistente social: quarenta horas semanais; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 11, VI)

VII - fisioterapeuta: cento e vinte horas semanais; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 11, VII)

VIII - psicólogo: quarenta horas semanais; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 11, VIII)

IX - fonoaudiólogo: sessenta horas semanais; e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 11, IX)

X - terapeuta ocupacional: trinta horas semanais. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 11, X)

Parágrafo Único. Os usuários dos HCP de que trata este artigo deverão contar com acesso a outras especialidades médicas, quando necessário. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 11, Parágrafo Único)

Art. 160. As equipes multiprofissionais deverão desenvolver um trabalho articulado, com troca de informações e ações conjuntas que resultem no atendimento humanizado e resolutivo, de acordo com as condições do usuário hospitalizado. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 12)

§ 1º As equipes multiprofissionais serão organizadas de forma horizontalizada e funcionarão nos sete dias da semana, com retaguarda de plantonista médico e enfermeiro no estabelecimento hospitalar durante a noite e nos finais de semana. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 12, § 1º)

§ 2º Entende-se por horizontalizada a forma de organização do trabalho em saúde na qual existe uma equipe multiprofissional de referência que atua diariamente no serviço, em contraposição à forma de organização do trabalho em que os profissionais têm uma carga horária distribuída por plantão. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 12, § 2º)

Art. 161. São atribuições da equipe multidisciplinar: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13)

I - avaliação global do usuário no momento da internação ou reinternação em conjunto, quando couber, com as equipes: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, I)

a) da Porta de Entrada Hospitalar de Urgência; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, I, a)

b) do Leito de Retaguarda; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, I, b)

c) da Unidade de Pronto Atendimento (UPA); e/ou (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, I, c)

d) do Serviço de Atenção Domiciliar; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, I, d)

II - utilização de protocolos de acesso regulado, em conformidade com a Política Nacional de Regulação do SUS; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, II)

III - elaboração de Plano Terapêutico, quando couber, permitindo-se tratamento e controle de sintomas e/ou sequelas do processo agudo ou crônico, visando à reabilitação funcional parcial ou total; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, III)

IV - utilização de prontuário clínico unificado; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, IV)

V - identificação precoce de problemas de saúde potenciais ou já instalados, cujo avanço poderá pôr em risco as habilidades e a autonomia dos usuários; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, V)

VI - articulação conjunta com as equipes de Atenção Básica, inclusive as da Atenção Domiciliar, para o planejamento da alta hospitalar em tempo oportuno; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, VI)

VII - elaboração de relatório que informe as condições atuais do usuário e proposta de cuidados necessários em domicílio; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, VII)

VIII - orientação e apoio à família e ao cuidador para a continuidade dos cuidados do usuário em domicílio; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, VIII)

IX - articulação com demais serviços da rede social de apoio, com proposta de alianças intersetoriais para potencialização do cuidado; e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, IX)

X - participação nos processos formativos da Educação Permanente em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, X)

§ 1º A Educação Permanente em Saúde da equipe multidisciplinar tem os seguintes objetivos: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, § 1º)

I - assegurar que todos os profissionais envolvidos com o cuidado dos usuários hospitalizados nas UCP e HCP e que prestam cuidado direto às pessoas em situação de dependência disponham das competências necessárias ao adequado exercício de suas funções; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, § 1º, I)

II - contribuir para a formação, capacitação e atualização dos profissionais do SUS, especialmente dos profissionais que: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, § 1º, II)

a) estejam vinculados a Rede de Atenção às Urgências e Emergências; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, § 1º, II, a)

b) estejam vinculados à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, § 1º, II, b)

c) atuem nas demais unidades de internação do hospital onde estará vinculada a UCP; e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, § 1º, II, c)

d) atuem na área de Atenção Básica, inclusive atenção domiciliar, na prestação de assistência aos usuários com necessidade de cuidados prolongados; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, § 1º, II, d)

III - integrar a produção de conhecimento científico com vistas à qualificação da equipe multidisciplinar, com temas essenciais para a garantia da qualidade da prestação dos serviços; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, § 1º, III)

IV - desenvolver a prática do ato de cuidar, que envolve sentimentos, atitudes e ações, devido ao grande impacto emocional no usuário e sua família. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, § 1º, IV)

§ 2º Os gestores de saúde e os prestadores de serviços hospitalares são responsáveis pela incorporação de estratégias de educação permanente em saúde para os seus profissionais das UCP e HCP por meio de cursos, oficinas pedagógicas, supervisão e treinamento, com temas relevantes para equipe multidisciplinar. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, § 2º)

Seção II

Da Regulação do Acesso

(Origem: PRT MS/GM 2809/2012, CAPÍTULO II, Seção II)

Art. 162. Para internação em UCP e HCP, o usuário poderá ser procedente de: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 14)

I - unidades de saúde hospitalares e ambulatoriais diversas; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 14, I)

II - unidades ambulatoriais de reabilitação; e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 14, II)

III - atenção básica, incluindo-se a atenção domiciliar, desde que preencha os critérios de elegibilidade para essa tipologia de cuidado estabelecidos por meio de protocolos de acesso regulado. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 14, III)

Art. 163. A internação do usuário em UCP e HCP seguirá as definições estabelecidas pelo gestor local de saúde, observado o seguinte fluxo: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 15)

I - a internação será solicitada por uma das unidades de origem descritas no art. 162 à Central de Regulação, ficando a unidade de origem responsável pelo usuário até o desfecho da solicitação, mesmo em caso de regime de atenção domiciliar; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 15, I)

II - a Central de Regulação fará a busca da vaga, considerando-se as informações clínicas e de vulnerabilidades do usuário; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 15, II)

III - obtida a vaga, a Central de Regulação comunicará à unidade de origem a UCP ou HCP para o qual o usuário deverá ser encaminhado; e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 15, III)

IV - a Central de Regulação e a unidade de origem indicarão o meio de transporte mais adequado para a transferência do usuário. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 15, IV)

Seção III

Da Elegibilidade do Usuário aos Cuidados Prolongados na Rede de Atenção à Saúde

(Origem: PRT MS/GM 2809/2012, CAPÍTULO II, Seção III)

Art. 164. Poderá ser admitido em UCP e HCP o usuário em situação clínica estável cujo quadro clínico apresente uma das seguintes características: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 16)

I - recuperação de um processo agudo e/ou recorrência de um processo crônico; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 16, I)

II - necessidade de cuidados prolongados para reabilitação e/ou adaptação a sequelas decorrentes de um processo clínico, cirúrgico ou traumatológico; ou (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 16, II)

III - dependência funcional permanente ou provisória física, motora ou neurológica parcial ou total. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 16, III)

§ 1º Além de apresentar pelo menos uma das características descritas no "caput", o usuário elegível para ser admitido em UCP e HCP deverá se enquadrar em pelo menos uma das seguintes situações clínicas: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 16, § 1º)

I - usuários em suporte respiratório, como ventilação mecânica não invasiva, oxigenoterapia ou higiene brônquica; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 16, § 1º, I)

II - usuários submetidos a antibioticoterapia venosa prolongada, terapia com antifúngicos, dietoterapia enteral ou nasogástrica, portadores de outras sondas e drenos; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 16, § 1º, II)

III - usuários submetidos aos procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos que se encontrem em recuperação e necessitem de acompanhamento multidisciplinar, cuidados assistenciais e reabilitação físico-funcional; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 16, § 1º, III)

IV - usuários em reabilitação motora por Acidente Vascular Cerebral (AVC), neuropatias, Traumatismo Crânio Encefálico (TCE), Hematoma Sub-Aracnóide Traumático (HSAT), Hematoma Sub-aracnóide Espontâneo (HSAE) e Traumatismo Raquimedular (TRM); (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 16, § 1º, IV)

V - usuários traqueostomizados em fase de decanulação; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 16, § 1º, V)

VI - usuários que necessitem de curativos em úlceras por pressão grau III e IV; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 16, § 1º, VI)

VII - usuários sem outras intercorrências clínicas após procedimento de laparostomia; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 16, § 1º, VII)

VIII - usuários com incapacidade transitória de deambulação ou mobilidade; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 16, § 1º, VIII)

IX - usuários com disfagia grave aguardando gastrostomia; ou (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 16, § 1º, IX)

X - usuários, em fase terminal, desde que com agravamento do quadro, quando não necessitem de terapia intensiva. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 16, § 1º, X)

§ 2º Quando houver retaguarda de atenção domiciliar no território, deverá ser realizada avaliação prévia e sistemática quanto à elegibilidade do usuário, garantindo-se a desospitalização em tempo oportuno. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 16, § 2º)

Art. 165. São inelegíveis à internação em UCP e HCP os seguintes usuários: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 17)

I - com episódio de doença em fase aguda ou crítica, em quadro clinicamente instável; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 17, I)

II - cujo objetivo da internação seja apenas a avaliação diagnóstica; e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 17, II)

III - que necessitem de cuidados que possam ser prestados em domicílio e acompanhados pelas equipes de atenção básica, inclusive atenção domiciliar. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 17, III)

CAPÍTULO III

DA ALTA HOSPITALAR RESPONSÁVEL (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, CAPÍTULO III)

Art. 166. A alta hospitalar responsável visa preparar o usuário para o retorno ao domicílio com qualidade e segurança para continuidade dos cuidados, promoção da sua autonomia e reintegração familiar e social. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 18)

Parágrafo Único. A avaliação global do usuário para a alta hospitalar responsável será realizada pela equipe multidisciplinar horizontal com vistas a identificar as estratégias mais adequadas e os respectivos riscos potenciais, considerados os aspectos físicos, psicossociais e econômicos, além do ambiente familiar do usuário. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 18, Parágrafo Único)

Art. 167. São objetivos da alta hospitalar responsável: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 19)

I - promover a continuidade do cuidado em regime de atenção domiciliar e/ou ambulatorial; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 19, I)

II - buscar a melhor alternativa assistencial para o usuário após a alta, garantindo-se a troca de informações, orientações e avaliação sistemática com o ponto de atenção que irá receber o usuário; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 19, II)

III - dispor das orientações adequadas ao usuário, cuidador e família por meio de relatório sobre a sua condição clínica e psicossocial; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 19, III)

IV - otimizar o tempo de permanência do usuário internado; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 19, IV)

V - prevenir o risco de readmissões hospitalares; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 19, V)

VI - avaliar as necessidades singulares do usuário; e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 19, VI)

VII - prevenir o risco de infecção hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 19, VII)

CAPÍTULO IV

DOS PARÂMETROS PARA O CÁLCULO DE LEITOS (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, CAPÍTULO IV)

Art. 168. O cálculo para estabelecer a necessidade de leitos de Cuidados Prolongados será feito de forma regional, de acordo com os seguintes parâmetros: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 20)

I - a necessidade de leitos hospitalares gerais é de 2,5 (dois inteiros e cinco décimos) leitos gerais para cada 1.000 (mil) habitantes; e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 20, I)

II - os leitos de Cuidados Prolongados corresponderão a 5,62% (cinco inteiros e sessenta e dois décimos por cento) da necessidade total de leitos hospitalares gerais, percentual que deverá ser distribuído da seguinte forma: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 20, II)

a) 60% (sessenta por cento) para internações em UCP e HCP; e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 20, II, a)

b) 40% (quarenta por cento) para cuidados em Atenção Domiciliar. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 20, II, b)

§ 1º Em caso de inexistência de Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multidisciplinares de Apoio (EMAP), a Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar, do Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (CGHOSP/DAHU/SAS/MS) poderá considerar percentual diferenciado de déficit de leitos para internação em UCP ou HCP. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 20, § 1º)

§ 2º Para os fins do disposto no art. 168, § 1º, o Secretário de Atenção à Saúde editará, para cada caso analisado, ato específico que indique, para a respectiva entidade, qual o percentual diferenciado de déficit de leitos considerado para fins de internação em UCP ou HCP. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 20, § 2º)

CAPÍTULO V

DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, CAPÍTULO VI)

Art. 169. O monitoramento consiste na verificação do cumprimento, por UCP e HCP, dos seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37)

I - elaboração e/ou adoção de protocolos clínicos, assistenciais e de procedimentos administrativos; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, I)

II - manutenção de equipe multiprofissional e de suporte para especialidades, conforme descrito neste Título; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, II)

III - organização do trabalho das equipes multiprofissionais de forma horizontal; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, III)

IV - implantação de mecanismos de gestão da clínica visando à qualificação do cuidado, eficiência de leitos, reorganização dos fluxos e processos de trabalho; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, IV)

V - articulação com a Atenção Básica, inclusive Atenção Domiciliar, de sua Região de Saúde e/ou Município; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, V)

VI - realização dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários à complexidade dos casos; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, VI)

VII - desenvolvimento de ações de Educação Permanente em Saúde para as equipes multidisciplinares, por iniciativa das instituições hospitalares em parceria com gestores de saúde locais; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, VII)

VIII - disponibilização de ofertas de educação em saúde e autocuidado para os usuários, familiares e cuidadores; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, VIII)

IX - regulação integral dos leitos pelas Centrais de Regulação, de acordo com a Política Nacional de Regulação do SUS e mediante pactuação local; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, IX)

X - taxa média de ocupação de no mínimo 85% (oitenta e cinco por cento); e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, X)

XI - desenvolvimento de ferramentas que auxiliem a clínica ampliada e a gestão da clínica, a exemplo do matriciamento, do Plano Terapêutico, do prontuário clínico unificado e dos protocolos clínicos. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, XI)

2809/2012, Art. 37, XI)

§ 1º As UCP e HCP serão monitoradas pelos Grupos Condutores Estaduais da RUE, os quais ficarão responsáveis por: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, § 1º)

I - avaliar o cumprimento dos requisitos previstos neste Título e das metas pactuadas entre o gestor e o prestador dos serviços de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, § 1º, I)

II - enviar à CGHOSP/DAHU/SAS/MS, no prazo de trinta dias contado da conclusão da avaliação, relatório circunstaciado do que foi constatado nos trabalhos de monitoramento. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, § 1º, II)

§ 2º O monitoramento a que se refere o art. 169, § 1º será realizado com periodicidade máxima de 1 (um) ano, a partir do início do repasse de recursos previsto neste Título. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, § 2º)

§ 3º Sem prejuízo do disposto no § 1º deste artigo, as UCP e os HCP serão monitorados, em caráter complementar, da seguinte forma: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, § 3º)

I - visitas in loco pelas Secretarias de Saúde municipais, estaduais ou do Distrito Federal, bem como pelo Ministério da Saúde, quando necessárias; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, § 3º, I)

II - atuação, quando couber, do Sistema Nacional de Auditoria (SNA); e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, § 3º, II)

III - avaliação do impacto epidemiológico e resolutividade da estratégia por meio de indicadores quantitativos. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, § 3º, III)

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

(Origem: PRT MS/GM 2809/2012, CAPÍTULO VII)

Art. 170. Ficam incluídas no SCNES as seguintes habilitações: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 39)

I - Código 09.08 - Unidade de Internação em Cuidados Prolongados (UCP); e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 39, I)

II - Código 09.09 - Hospital Especializado em Cuidados Prolongados (HCP). (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 39, II)

Art. 171. Os leitos de longa permanência estabelecidos na Portaria nº 2.395/GM/MS, de 11 de outubro de 2011, passam a ser denominados leitos de cuidados prolongados, pertencentes ao Componente Hospitalar da RUE. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 40)

Parágrafo Único. Os leitos de que trata este artigo serão organizados em UCP ou HCP, de acordo com o estabelecido neste Título. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 40, Parágrafo Único)

Art. 172. O Ministério da Saúde disponibilizará, no prazo de quarenta dias após a data de publicação da Portaria nº 2809/GM/MS, de 07 de dezembro de 2012, Manual com Diretrizes para Organização dos Cuidados Prolongados no âmbito do SUS, que servirá de apoio à implementação desses serviços. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 41)

Art. 173. Os estabelecimentos hospitalares que contiverem UCP e HCP serão habilitados em Serviços de Assistência em Alta Complexidade em Terapia Nutricional e Enteral/Parenteral, quando prestarem tais serviços. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 42)

Art. 174. O art. 11 da Portaria nº 2.395/GM/MS, de 11 de outubro de 2011, passa a vigorar acrescido do seguinte § 3º: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 45)

LIVRO III

DA OPERACIONALIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

(Origem: PRT MS/GM 1600/2011, CAPÍTULO III)

Art. 175. A operacionalização da Rede de Atenção às Urgências dar-se-á pela execução de 5 (cinco) fases: (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13)

I - Fase de Adesão e Diagnóstico: (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, I)

a) apresentação da Rede de Atenção às Urgências nos Estados e no Distrito Federal; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, I, a)

b) realização de diagnóstico e aprovação da região inicial de implementação da Rede de Atenção às Urgências na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) nos Estados e no Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF); e (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, I, b)

c) instituição de Grupo Conductor Estadual da Rede de Atenção às Urgências, formado pela Secretaria Estadual de Saúde (SES), Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) e apoio institucional do Ministério da Saúde, que terá como atribuições: (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, I, c)

c) instituição de Grupo Conductor Estadual da Rede de Atenção às Urgências, de caráter permanente, formado pela Secretaria Estadual de Saúde (SES), Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) e apoio institucional do Ministério da Saúde, que terá como atribuições: ([Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.260 de 02.12.2020](#))

1. mobilizar os dirigentes políticos do SUS em cada fase; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, I, c, 1)

2. apoiar a organização dos processos de trabalho voltados a implantação/implementação da rede; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, I, c, 2)

3. identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase; e (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, I, c, 3)

4. monitorar e avaliar o processo de implantação/implementação da rede. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, I, c, 4)

II - Fase do Desenho Regional da Rede: (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, II)

a) realização de análise da situação dos serviços de atendimento às urgências, com dados primários, incluindo dados demográficos e epidemiológicos, dimensionamento da demanda das urgências, dimensionamento da oferta dos serviços de urgência existentes e análise da situação da regulação, da avaliação, do controle, da vigilância epidemiológica, do apoio diagnóstico, do transporte para as urgências, da auditoria e do controle externo, pela Comissão Intergestores Regional (CIR) e pelo CGSES/DF, com o apoio da Secretaria de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, II, a)

b) elaboração da proposta de Plano de Ação Regional, com detalhamento técnico de cada componente da Rede, contemplando o desenho da Rede Atenção às Urgências, metas a serem cumpridas, cronograma de implantação, mecanismos de regulação, monitoramento e avaliação, o estabelecimento de responsabilidades e o aporte de recursos pela União, Estado, Distrito Federal e Municípios envolvidos; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, II, b)

c) aprovação do Plano de Ação Regional na CIR, no CGSES/DF e na CIB; e (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, II, c)

d) elaboração dos Planos de Ação Municipais dos Municípios integrantes da CIR, em consonância com o Plano de Ação Regional. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, II, d)

III - Fase da Contratualização dos Pontos de Atenção: (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, III)

a) contratualização pela União, pelo Estado, pelo Distrito Federal ou pelo Município dos pontos de atenção da Rede de Urgência e Emergência, observadas as responsabilidades definidas para cada Componente da Rede de Atenção às Urgências no desenho regional; e (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, III, a)

b) instituição do Grupo Condutor Municipal em cada Município que compõe a CIR, com apoio institucional da SES. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, III, b)

IV - Fase da Qualificação dos Componentes: a qualificação dos Componentes da Rede de Atenção às Urgências será definida na portaria específica de cada um dos Componentes, onde constarão as responsabilidades que deverão ser cumpridas e as ações que serão desenvolvidas; e (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, IV)

V - Fase da Certificação: a certificação será concedida pelo Ministério da Saúde aos gestores do SUS, após a etapa de qualificação dos Componentes da Rede de Atenção às Urgências, com avaliação periódica. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, V)

§ 1º O Grupo Condutor da Rede de Atenção às Urgências no Distrito Federal será composto pela Secretaria de Saúde e pela CGSES/DF, com apoio institucional do Ministério da Saúde, e terá as mesmas atribuições do Grupo Condutor Estadual, descritas no art. 175, I, alínea c. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, § 1º)

§ 2º O Plano de Ação Regional e o Plano de Ação Municipal serão os documentos orientadores para a execução das fases de implementação da Rede de Urgência e Emergência, assim como para o monitoramento e a avaliação da implementação da Rede pelo Grupo Condutor Estadual e pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, § 2º)

§ 3º A contratualização dos Pontos de Atenção é o meio pelo qual o gestor, seja ele o Município, o Estado, o Distrito Federal ou a União, estabelece metas quantitativas e qualitativas do processo de atenção à saúde, com o(s) ponto(s) de atenção à saúde da Rede de Atenção às Urgências sob sua gestão, de acordo com o Plano de Ação Regional e os Planos de Ação Municipais. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, § 3º)

LIVRO IV DAS DISPOSIÇÕES FINAIS (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, CAPÍTULO IV)

Art. 176. Os Comitês Gestores de Atenção às Urgências já existentes deverão ser mantidos e deverão ser apresentadas propostas de estruturação e funcionamento de novos Comitês nos âmbitos Estadual, Regional e Municipal nos locais onde ainda não existem. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14)

§ 1º As Secretarias Municipais de Saúde deverão constituir e coordenar Comitês Gestores Municipais da Rede de Atenção às Urgências, garantindo a adequada articulação entre os entes gestores e os executores das ações e as Secretarias Estaduais de Saúde deverão constituir e coordenar os Comitês Gestores Estaduais e os Comitês Gestores Regionais do Sistema de Atenção às Urgências. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 1º)

§ 2º Os Comitês Gestores da Rede de Atenção às Urgências representarão o espaço formal de discussão e implementação das correções necessárias à permanente adequação do sistema de atenção integral às urgências, dentro das diretrizes estabelecidas pelos Planos de Atenção às Urgências, em suas instâncias de representação institucional que permitirão que os atores envolvidos na estruturação da atenção às urgências possam discutir, avaliar e pactuar as diretrizes e ações prioritárias, subordinadas às estruturas de pactuação do SUS nos seus vários níveis. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 2º)

§ 3º Nos Comitês Gestores Estaduais da Rede de Atenção às Urgências, os indicadores deverão ser analisados segundo critérios de regionalização, buscando-se construir um quadro descritivo completo da atenção estadual às urgências, apontando aspectos positivos, dificuldades, limites e necessidades a serem enfrentadas no contexto da macro e micro regulação (regional e local). (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 3º)

§ 4º O relatório da situação da atenção estadual às urgências elaborado nos termos do art. 176, § 3º será remetido à Coordenação-Geral de Urgência e Emergência, do Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (CGUE/DAHU/SAS/MS), onde comporá a base nacional de dados relativa à atenção às urgências. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 4º)

§ 5º Fica recomendado que os Comitês Gestores Estaduais da Rede de Atenção às Urgências sejam compostos pelo Coordenador Estadual do Sistema de Atenção às Urgências, pelo COSEMS, representado por Coordenadores Municipais de Atenção às Urgências, pela Defesa Civil Estadual, representantes do Corpo de Bombeiros, da Secretaria Estadual de Segurança Pública e da Polícia Rodoviária e do Conselho Estadual de Saúde, das empresas concessionárias de rodovias, com sugestão de estudar a necessidade ou oportunidade de se incorporarem a eles representantes das Forças Armadas Brasileiras. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 5º)

§ 6º Fica recomendado que os Comitês Gestores das Redes Regionais de Atenção às Urgências, sob coordenação estadual e com fluxo operacional compatível e de acordo com a realidade regional, tenham a seguinte composição: (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 6º)

I - Coordenador Regional da Rede de Atenção às Urgências ou outro representante da SES que assuma tal função; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 6º, I)

II - Coordenadores Municipais da Atenção às Urgências; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 6º, II)

III - representantes dos serviços de saúde (prestadores da área das urgências); (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 6º, III)

IV - representante do Corpo de Bombeiros, Polícias Rodoviária, Civil e Militar, onde essas corporações atuem na atenção às urgências; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 6º, IV)

V - representante da Defesa Civil; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 6º, V)

VI - representante dos gestores municipais e estadual da área de trânsito e transportes; e (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 6º, VI)

VII - conforme a necessidade justificar, representantes da Aeronáutica, Marinha e Exército brasileiros. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 6º, VII)

§ 7º Fica recomendado que os Comitês Gestores das Redes Municipais de Atenção às Urgências tenham a seguinte composição mínima: (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 7º)

I - Coordenador Municipal da Rede de Atenção às Urgências; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 7º, I)

II - representantes dos serviços de saúde (prestadores da área das urgências); (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 7º, II)

III - representante do Conselho Municipal de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 7º, III)

IV - representante do Corpo de Bombeiros, Polícias Rodoviária, Civil e Militar, Guarda Municipal, onde essas corporações atuem na atenção às urgências; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 7º, IV)

V - representante da Defesa Civil Municipal; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 7º, V)

VI - representante do gestor municipal da área de trânsito; e (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 7º, VI)

VII - conforme a necessidade justificar, representantes da Aeronáutica, Marinha e Exército brasileiros. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 7º, VIII)

Art. 177. Não serão cadastradas UTI do tipo II ou III ou incluídos hospitais nos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências, que não comprovem, em seus processos de cadastramento, a criação e funcionamento de suas respectivas Comissões Intra-hospitalares de Transplantes. (Origem: PRT MS/GM 905/2000, Art. 2º)

Parágrafo Único. A comprovação de que trata este artigo se dará pelo envio dos atos de instituição da Comissão, devidamente cancelados pelo responsável pela CNCDO à qual o hospital esteja vinculado, anexos ao processo de cadastramento. (Origem: PRT MS/GM 905/2000, Art. 2º, § 1º)

Art. 178. Não serão cadastradas hospitais para realização de transplantes das classes I, II ou III que não comprovem, em seus processos de cadastramento, a criação e funcionamento de suas respectivas Comissões Intra-hospitalares de Transplantes. (Origem: PRT MS/GM 905/2000, Art. 4º)

Art. 179. Todos os órgãos captados e retirados deverão ser destinados à respectiva Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos, que os distribuirá obedecendo às listas únicas de receptores e a legislação em vigor. (Origem: PRT MS/GM 905/2000, Art. 5º)

ANEXO 1 DO ANEXO III
LISTA DOS PROCEDIMENTOS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR DE EMERGÊNCIA (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Anexo 1)

Lista dos Procedimentos de Internação Hospitalar de Emergência

CÓDIGO	PROCEDIMENTO
31000002	Cirurgia múltipla
31002056	Incisão e drenagem de abscesso prostático
31003044	Extração de corpo estranho na uretra com cistoscopia
31003060	Incisão e drenagem de abscesso da bolsa escrotal
31004040	Incisão e drenagem de abscesso da glândula de Cowper
31005012	Lombotomia
31005047	Incisão e drenagem de abscesso periuretral
31006019	Nefrectomia parcial
31006043	Incisão e drenagem de fleimão urinoso
31006086	Incisão e drenagem de abscesso do epidídimo
31007015	Nefrectomia total
31008011	Nefrolitotomia
31009034	Cistorrafia
31010016	Nefrorrafia
31010075	Tratamento cirúrgico da torção do testículo ou do cordão espermático
31011101	Tratamento cirúrgico do priapismo
31014011	Pieloplastia
31015018	Pielostomia
31015034	Extração de corpo estranho da bexiga
31017045	Uretrorrafia
31020011	Drenagem de abscesso renal ou peri-renal
31023010	Nefrostomia percutânea
32002017	Cardiorrafia
32004010	Cardiotomia e pericardiotomia
32004044	Tratamento cirúrgico do aneurisma da aorta abdominal
32005016	Introdução de eletrodo temporário de marca passo
32005040	Tratamento cirúrgico do aneurisma da aorta torácica com circulação extracorpórea ou circulação assistida
32006047	Tratamento cirúrgico do aneurisma periférico arterial ou venoso
32007043	Tratamento cirúrgico do aneurisma da aorta toráco abdominal com circulação extra corpórea pu coirculação assistida
32008040	Tromboembolectomia de extremidades
32009046	Trombectomia ou embolectomia arterial de extremidade
32011040	Arteriorrafia
32012047	Arteriotomia exploradora de extremidades
32016042	Bypass ou endarterectomia da carótida ou vertebral
32017049	Bypass ou endarterectomia da carótida ou aorta ilíaca
32018045	Bypass ou endarterectomia de ramos supra aórticos por acesso cervical ou torácico
32019041	Bypass ou endarterectomia femoro poplítea
32020040	Bypass ou endarterectomia renal
32030045	Trombectomia venosa
32031025	Ventriculoseptoplastia (pós infarto do miocárdio)
32031041	Ligadura das artérias ilíacas
32032048	Interrupção da veia cava ou filtro da veia cava
32033044	Ligadura de ramos da aorta abdominal
32034040	Tratamento cirúrgico da fístula artério-venosa congênita ou adquirida
32035047	Ligadura das veias esofágicas
32038046	Ligadura das veias cárdio-tuberositárias
32039042	Plastia das artérias
32040040	Ressecção do arco aórtico com enxerto
32041047	Ressecção da coarctação da aorta com ou sem enxerto
32049048	Ligadura de carótida interna e externa
32050046	Enxertos arteriais

32055048	By pass ou endarterectomia de artérias viscerais
32057040	Instalação de cateter venoso de média permanência totalmente implantável
33002118	Drenagem de abscesso subfrênico
33003033	Incisão e drenagem de abscesso lingual e sublingual
33003041	Esofagectomia
33003092	Pancreatotomia para drenagem
33003106	Esplenectomia
33003114	Herniorrafia com ressecção intestinal (estrangulada)
33004099	Pancreatectomia parcial
33004110	Herniorrafia sem ressecção intestinal (estrangulada)
33005036	Glossorrafia
33005044	Esofagogastrrectomia
33005060	Apendicectomia
33006059	Gastrorrafia
33006067	Colectomia parcial (hemicolectomia)
33007047	Esofagorrafia cervical
33007055	Gastroenteroanastomose
33007063	Colectomia total
33007110	Herniorrafia diafragmática (via torácica)
33008043	Esofagorrafia torácica
33008060	Enteroanastomose (qualquer segmento)
33008078	Incisão e drenagem de abscesso anal
33010021	Incisão e drenagem de abscesso da parótida
33010064	Enterorrafia (qualquer segmento)
33010080	Hepatectomia parcial
33010087	Hepatotomia e drenagem de abscesso ou cisto
33012083	Hepatorrafia
33013071	Tratamento cirúrgico da imperfuração membranosa do ânus
33014043	Esofagostomia
33014060	Tratamento cirúrgico da má rotação intestinal
33014078	Tratamento cirúrgico do prolapso anal mucoso
33014116	Herniorrafia recidivante
33015066	Jejunostomia
33016046	Tratamento cirúrgico de varizes esofagianas
33016119	Laparotomia exploradora
33021066	Enterectomia
33022119	Ressutura da parede abdominal (por deiscência total ou evisceração)
33023069	Colostomia
33023077	Incisão e drenagem de abscesso isquiorretal
33025061	Redução cirúrgica de volvo por laparotomia
33026076	Retirada de fecaloma
33027064	Ileostomias
33027072	Tratamento cirúrgico da trombose hemorroidária externa
33028079	Tratamento cirúrgico do íleo meconial
33028117	Laparotomia videolaparoscópica para drenagem para drenagem e/ou biópsia
33029075	Tratamento cirúrgico da peritonite meconial
33029113	Drenagem de hematoma ou abscesso reto retal
33030111	Drenagem de hematoma ou abscesso pre-peritoneal
33032114	Drenagem de abscesso pélvico
33034060	Colorrafia por via abdominal
33040060	Excisão e drenagem de abscesso sub mucoso de reto
33041067	Proctoplastia e proctorrafia por via perineal
33044066	Apendicectomia videolaparoscópica
33044074	Tratamento cirúrgico da atresia congênita ânus retal
33045070	Tratamento cirúrgico de outras anomalias congênitas ânus-retal
34011013	Episioperineorrafia não obstétrica
34020039	Curetagem uterina por mola hidatiforme
35011017	Histerectomia puerperal
35016019	Redução manual inversão uterina aguda pós-parto
35018011	Cerclagem de colo uterino
35019018	Sutura de lacerações do trajeto pélvico
36001066	Sutura de esclera
36002038	Retirada de corpo estranho da câmara anterior do olho
36002054	Retirada de corpo estranho intravítreo
36003018	Sutura de conjuntiva
36010090	Drenagem de abscesso palpebral
36013099	Sutura de pálpebra
37001019	Antrotomia da mastoide (drenagem de otite no lactente)
37001035	Incisão e drenagem de abscesso periamigdaliano
37003054	Retirada de corpo estranho na intimidade dos ossos da face
37006037	Drenagem de abscesso faríngeo

37006053	Redução cirúrgica do afundamento do malar, sem fixação
37007050	Redução cirúrgica do afundamento do malar, com fixação
37011057	Redução cirúrgica da fratura dos ossos próprios do nariz
37012045	Laringorrafia
37014056	Redução incruenta do afundamento da apófise zigomática
37015052	Redução incruenta do maxilar
37016059	Redução incruenta da luxação temporo-mandibular
37025058	Tratamento conservador da fratura dos ossos da face
37026054	Tratamento conservador da fratura dos ossos próprios do nariz
38001144	Pequeno queimado
38003147	Médio queimado
38007142	Grande queimado
38008017	Excisão e drenagem de tumor (abscesso e panarício)
38011018	Sutura de ferida com ou sem debridamento
38014017	Incisão e drenagem de fleimão
38018012	Debridamento da fascite necrotizante
38025019	Perda de substância cutânea – lesões extensas planos superficial
38027011	Escalpo parcial
38028018	Escalpo total
39000001	Politraumatizado
39001032	Redução cirúrgica da fratura da costela
39001083	Amputação de antebraço
39001105	Amputação ao nível dos metacarpianos
39001164	Amputação ao nível do tornozelo
39001202	Retirada de corpo estranho intra-articular
39001229	Tração contínua trans-esquelética
39002039	Redução cirúrgica da fratura do esterno
39002209	Retirada de corpo estranho intra muscular
39003108	Amputação do dedo (cada)
39003159	Amputação da perna
39003205	Retirada de corpo estranho intra- ósseo
39003256	Tratamento conservador da fratura do pé com bota gessada com ou sem salto
39004031	Tratamento conservador de fratura da costela
39004040	Tratamento cirúrgico da avulsão do supra espinhoso
39005038	Tratamento conservador de fratura do esterno
39005054	Desarticulação da articulação escápulo umeral
39005062	Amputação ao nível do braço
39006042	Redução cirúrgica da fratura da clavícula
39006123	Desarticulação da articulação coxo femural
39006140	Desarticulação da articulação do joelho
39006182	Drenagem de abscesso do psoas
39007049	Redução cirúrgica da fratura do colo e cavidade glenoide do omoplata
39007081	Ressecção da cabeça do rádio
39007090	Ressecção do(s) osso(s) do carpo
39007138	Tratamento cirúrgico do deslocamento epifisiário extremidade superior do femur
39008045	Redução cirúrgica da luxação acrômio clavicular
39008096	Redução cirúrgica da(s) fratura(s) do(s) osso(s) do carpo
39008142	Patelectomia
39009041	Redução cirúrgica da luxação esterno clavicular
39009050	Redução incruenta da luxação traumática da articulação escápulo-umeral
39009068	Redução cirúrgica da fratura da diáfase do úmero
39009084	Redução cirúrgica do deslocamento epifisiário dos ossos do antebraço
39009092	Redução cirúrgica da luxação do(s) osso(s) do carpo
39009114	Redução cirúrgica da fratura ao nível da pelve, com fixação
39009122	Redução cirúrgica da luxação coxo femural
39009130	Redução cirúrgica da fratura da diáfise do femur
39010058	Luxação traumática escápulo umeral (cruenta)
39010120	Redução cirúrgica da luxação coxo femoral (congenita)
39011054	Tratamento conservador da artrite piogênica escápulo umeral
39011062	Redução cirúrgica da fratura da extremidade superior do úmero com fixação
39011097	Redução incruenta da(s) fratura(s) do osso(s) do punho
39011127	Redução cirúrgica da luxação coxo femural (traumática)
39011135	Redução cirúrgica de fratura da extremidade do fêmur
39011151	Redução cirúrgica da diáfise da tibia, com fixação
39011160	Redução cirúrgica da fratura do tornozelo, com fixação
39012050	Tratamento cirúrgico da artrite piogênica escapulo umeral
39012093	Redução incruenta da luxação de osso(s) do carpo
39012115	Redução incruenta da disjunção ao nível da pelve
39012123	Redução incruenta da luxação coxo femoral (central)
39013022	Retirada de corpo estranho da coluna
39013049	Redução incruenta da luxação acrômio-clavicular

39013065	Redução cirúrgica da fratura em T ou Y da extremidade inferior
39013073	Redução cirúrgica da fratura dos ossos do cotovelo com fixação
39013081	Redução cirúrgica da fratura dos ossos do antebraço com fixação
39013090	Tratamento conservador da fratura do(s) osso(s) do carpo
39013090	Tratamento conservador da fratura do(s) osso(s) do carpo
39013111	Redução incruenta da fratura ao nível da pelve
39013120	Redução incruenta da luxação congênita coxo femoral com ou sem tração
39013138	Redução cirúrgica da fratura transtrocanteriana
39013146	Redução cirúrgica da fratura do joelho, com fixação
39013162	Redução cirúrgica da fratura – luxação do tornozelo
39013251	Tipo Velpeau (tórax braquial)
39014045	Redução incruenta da luxação externo-clavicular
39014070	Redução cirúrgica da luxação do cotovelo
39014088	Redução cirúrgica da fratura do cúbito, com fixação
39014126	Redução incruenta da luxação coxo femoral (traumática)
39014142	Redução cirúrgica da luxação do joelho
39014177	Redução cirúrgica da fratura do(s) Redução cirúrgica da fratura do(s) metatarsiano(s) com fixação
39015068	Redução cirúrgica da fratura supra-condiliana do úmero com fixação
39015076	Redução incruenta da luxação do cotovelo
39015122	Tratamento conservador da fratura do acetábulo
39015149	Tratamento cirúrgico da luxação recidivante da rotula
39015157	Tratamento cirúrgico do deslocamento epifisiário (extremidade inferior da tíbia)
39015165	Redução incruenta da fratura do tornozelo
39015173	Redução cirúrgica da fratura do tarso
39015254	Tratamento conservador da fratura da bacia com aparelho pelvi-podálico
39016021	Redução cirúrgica da luxação da coluna
39016048	Tratamento conservador de fratura da clavícula
39016080	Redução cirúrgica da fratura do rádio, com fixação
39016102	Redução cirúrgica da fratura de Bennet
39016110	Tratamento cirúrgico de fratura do sacro
39016145	Tratamento cirúrgico da rotura do ligamento do joelho
39016161	Redução incruenta da fratura luxação do tornozelo
39017044	Tratamento conservador de fratura da escápula
39017079	Tratamento conservador da fratura ao nível do cotovelo
39017087	Redução cirúrgica de fratura luxação de Monteggia
39017095	Tratamento cirúrgico da artrite piogênica do punho
39017117	Tratamento conservador de fratura ao nível da pelve
39017125	Redução cruenta da fratura do acetábulo
39017133	Redução incruenta da extremidade inferior do fêmur
39017141	Tratamento cirúrgico da rotura dos meniscos
39017150	Redução incruenta do deslocamento epifisiário (extremidade inferior da Tíbia)
39017168	Redução incruenta da luxação do tornozelo
39017176	Redução cirúrgica da fratura do(s) pododáctilo(s)
39018024	Redução incruenta da fratura da coluna
39018040	Tratamento conservador da fratura do colo e cavidade glenoide
39018067	Redução incruenta da fratura da extremidade superior do úmero
39018075	Tratamento conservador da artrite piogênica do cotovelo
39018105	Redução cirúrgica de fratura das falanges, com fixação
39018113	Tratamento conservador da fratura ao nível da pelve sem aparelho
39018130	Redução incruenta da fratura e deslocamento epifisiário do fêmur
39018148	Redução incruenta da fratura do joelho
39019020	Redução incruenta da luxação da coluna
39019063	Redução incruenta da fratura da diáfise do úmero
39019071	Tratamento cirúrgico da artrite piogênica do cotovelo
39019128	Tratamento conservador da artrite piogênica coxo femoral
39019136	Redução incruenta da fratura da diáfise do fêmur
39019144	Redução incruenta da luxação do joelho
39019152	Redução incruenta da fratura da tíbia
39019160	Tratamento conservador da fratura do tornozelo
39019179	Redução cirúrgica da luxação do(s) metatarsiano(s)
39019250	Pescoço (torcicolo) aparelho gessado
39020029	Tratamento conservador da fratura da coluna, com aparelho
39020061	Redução incruenta da fratura supracondilíneas do úmero
39020100	Redução cirúrgica da fratura dos metacarpianos com fixação
39020126	Tratamento cirúrgico da artrite piogênica coxo femoral
39020134	Redução incruenta da fratura do colo do fêmur
39020142	Tratamento conservador da fratura do joelho
39020169	Tratamento cirúrgico da lesão dos ligamentos do tornozelo
39020177	Redução cirúrgica da luxação do tarso
39021025	Tratamento conservador da fratura da coluna, sem aparelho
39021084	Redução incruenta do deslocamento epifisiário dos ossos do antebraço

39021130	Redução incruenta da fratura transtrocanteriana
39021149	Tratamento conservador da rotura do ligamentos do joelho
39021157	Tratamento conservador da fratura do perônio
39021165	Tratamento conservador da artrite piogênica do tornozelo
39021173	Redução cirúrgica da luxação do(s) pododáctilo(s)
39022021	Tratamento conservador da fratura das apófises transversas e espinhosas
39022080	Redução incruenta das fraturas do cúbito
39022102	Redução cirúrgica da luxação das falanges
39022153	Tratamento conservador da fratura da tíbia
39023060	Tratamento conservador da fratura da diáfise do úmero
39023087	Redução incruenta da fratura do rádio
39023109	Redução cirúrgica da luxação dos metacarpianos
39023150	Tratamento conservador da fratura da tíbia e perônio
39024067	Tratamento conservador da fratura da extremidade superior do úmero
39024083	Redução incruenta da fratura dos ossos do antebraço
39024130	Tratamento conservador da fratura da diáfise do fêmur
39025020	Redução incruenta de luxação do cóccix
39025080	Redução incruenta da fratura luxação de Monteggia
39025136	Tratamento conservador da fratura da extremidade inferior do fêmur com aparelho
39025179	Redução incruenta da fratura do(s) metatarsiano(s)
39026086	Tratamento conservador da(s) fratura(s) de um ou dois ossos do antebraço
39026108	Redução incruenta da fratura de Bennet
39026132	Tratamento conservador fratura ao nível da extremidade superior do fêmur com aparelho
39026175	Redução incruenta de fratura do(s) osso(s) do tarso
39027104	Redução incruenta de fratura do(s) metacarpiano(s)
39027139	Tratamento conservador da fratura da extremidade superior do fêmur sem aparelho
39027171	Redução incruenta de fratura do(s) pododactilo(s)
39028100	Redução incruenta da luxação da(s) falange(s)
39028178	Redução incruenta da luxação do(s) metatarsiano(s)
39029107	Redução incruenta da luxação do(s) metacarpiano(s)
39029131	Tratamento conservador da avulsão do grande trocanter
39029174	Redução incruenta da luxação do(s) osso(s) do tarso
39030130	Tratamento cirúrgico da avulsão do grande trocanter
39030172	Redução incruenta da luxação do(s) pododactilo(s)
39031101	Tratamento conservador da fratura da(s) falange(s)
39031136	Tratamento conservador da avulsão do pequeno trocanter
39031179	Tratamento conservador da fratura do(s) metatarsiano(s)
39032108	Tratamento conservador da fratura do(s) metacarpiano (s)
39032132	Tratamento cirúrgico do deslocamento da epífise femoral superior (epifisiólise)
39032175	Tratamento conservador da fratura do(s) osso(s) do pé
39033104	Tratamento conservador da osteomielite aguda dos ossos da mão
39033171	Tratamento conservador da fratura do(s) pododactilo(s)
39033171	Tratamento conservador da fratura do(s) pododactilo(s)
39034100	Redução incruenta da fratura da(s) falange(s)
39038173	Tratamento conservador da fratura do astrágalo
39039170	Tratamento conservador da fratura do calcâneo
40003035	Laminectomia descompressiva
40004015	Craniotomia descompressiva
40004031	Laminectomia para abscesso extradural
40006034	Laminectomia para lesão traumática meningo-medular
40007014	Craniotomia para remoção de corpo estranho intracraniano
40008045	Neurorrafia múltipla
40009017	Craniotomia para abscesso cerebral
40009041	Neurorrafia única
40013049	Microcirurgia de nervos periféricos
40038017	Tratamento cirúrgico do hematoma subdural
40039013	Tratamento cirúrgico do hematoma extradural
40040011	Tratamento cirúrgico do hematoma intracerebral
40046010	Tratamento cirúrgico da fratura da abóbada craniana sem lesão encefálica
40047016	Trépano punção e drenagem de abscesso cerebral
40055019	Tratamento cirúrgico do afundamento do seio frontal
40060012	Trepanação craniana para propedêutica neurocirúrgica
42001056	Mediastinotomia para drenagem
42002036	Traqueoscopia e retirada de corpo estranho
42002052	Mediastinotomia exploradora trans-external
42003075	Incisão e drenagem de abscesso da mama
42004039	Traqueotomia (inclusive curativos)
42006015	Pneumotomia com ressecção costal para drenagem cavitária de abscesso pulmonar
42006066	Toracoplastia (qualquer técnica)
42007011	Pneumotomia com retirada de corpo estranho
42007062	Toracotomia exploradora

42008069	Toracotomia com drenagem fechada
42013011	Sutura pulmonar com pleurodese
44001053	Redução incruenta da fratura unilateral da mandíbula
44002050	Redução incruenta da fratura bilateral da mandíbula
44003056	Redução cruenta da fratura unilateral da mandíbula
44004044	Excisão e sutura de lesão da boca
44004052	Redução cruenta da fratura bilateral da mandíbula
44005059	Redução cruenta da fratura cominutiva da mandíbula
44007051	Redução incruenta da fratura do maxilar superior – Le Fort II
44008058	Redução incruenta da fratura do maxilar superior – Le Fort III
44009054	Redução cruenta da fratura do maxilar superior Le Fort III, com aparelho de contenção
44010052	Redução cruenta da fratura do maxilar superior – Le Fort III
44011040	Incisão e drenagem de abscesso da boca
44011059	Redução incruenta da fratura do malar com aparelho de contenção
44012055	Redução cruenta fratura do malar com aparelho de contenção
44013051	Redução incruenta da(s) fratura(s) alvéolo dentária(s) unilateral
44014058	Redução incruenta da(s) fratura(s) alvéolo dentária(s) bilateral
44015054	Redução cruenta da(s) fratura(s) alvéolo dentária(s)
69000018	Infecção do aparelho genital durante gravidez
69000026	Mastite
69000034	Infecção da parede abdominal pós-cesariana
69000042	Peritonite pós-cesariana
69000085	Hiperemese gravídica (forma grave)
69000123	Rotura prematura da membranas
69000131	Gravidez molar sem parto
71300015	Prematuridade
71300023	Tocotraumatismos
71300031	Anoxia perinatal grave
71300040	Doença hemorrágica do recém nascido
71300058	Síndrome da A. P. I do Recém Nascido (membrana hialina)
71300066	Pneumopatas agudas
71300074	Doenças hemolíticas perinatais.
71300082	Ictéricas neonatais
71300090	Infecções perinatais
71300112	Outras afecções do recém – nascido
72300019	Desidratação aguda (pediatria)
72500018	Desidratação aguda (clínica médica)
73300055	Síndrome disabsortiva (pediatria)
73300063	Mucoviscidose (pediatria)
73500038	Síndrome disabsortiva (clínica médica)
74300016	Cólera (pediatria)
74300024	Febre tifóide e outras salmoneloses (pediatria)
74300067	Gangrena gasosa (pediatria)
74300075	Peste (pediatria)
74300075	Peste (pediatria)
74300083	Brucelose (pediatria)
74000091	Listeriose (pediatria)
74300105	Difteria (pediatria)
74300113	Meningite purulenta (pediatria)
74300121	Tétano (pediatria)
74300130	Coqueluche (pediatria)
74300180	Bouba (pediatria)
74300199	Leptospirose (pediatria)
74300229	Estreptococcias (pediatria)
74300237	Estafilococcias (pediatria)
74300245	Infecção por bacilo piocianico (pediatria)
74300253	Infecções meningocócicas (pediatria)
74300270	Entero infecções (pediatria)
74300288	Intoxicação alimentar (pediatria)
74300296	Meningoencefalite a vírus (pediatria)
74300318	Sarampo (pediatria)
74300326	Caxumba (pediatria)
74300334	Mononucleose (pediatria)
74300342	Febre amarela (pediatria)
74300350	Hepatite infecciosa (pediatria)
74300369	Raiva (pediatria)
74300440	Dengue (pediatria)
74500015	Cólera (clínica médica)
74500023	Febre tifóide e outras salmoneloses (clínica médica)
74500066	Gangrena gasosa (clínica médica)
74500074	Peste (clínica médica)

74500082	Brucelose (clínica médica)
74500090	Listeriose (clínica médica)
74500104	Difteria (clínica médica)
74500112	Tétano (clínica médica)
74500163	Bouba (clínica médica)
74500171	Leptospirose (clínica médica)
74500201	Estreptocóccias (clínica médica)
74500210	Estafilocóccias (clínica médica)
74500228	Infecção por bacilo piocianico (clínica médica)
74500236	Doença meningocócica (clínica médica)
74500244	Septicemia (clínica médica)
74500252	Entero infecções (clínica médica)
74500260	Intoxicação alimentar (clínica médica)
74500279	Meningoencefalite bacteriana (clínica médica)
74500287	Meningoencefalite viral (clínica médica)
74500317	Febre amarela (clínica médica)
74500325	Hepatite infecciosa (clínica médica)
74500333	Raiva (clínica médica)
74500376	Esquistossomose (clínica médica)
74500414	Meningite por fungos e outras
74500430	Hanseníase (clínica médica)
74500457	Dengue (clínica médica)
75300028	Afecções esofagianas
75300036	Abscesso hepático
75300052	Gastrite e duodenite
75300060	Obstrução intestinal
75300079	Íleo paralítico
75300087	Colite ulcerativa ou cólon irritável
75300095	Peritonite
75300109	Abscesso intestinal
75300117	Linfadenite aguda mesentérica
75300125	Colecistite aguda
75300133	Pancreatite
75300141	Megacolon
75300150	Diverticulite
75300176	Hemorragias digestivas
75500019	Afecções esofagianas
75500027	Úlcera péptica
75500035	Gastrite e duodenite
75500094	Obstrução intestinal
75500124	Hemorragias digestivas
75500132	Peritonite
75500159	Linfadenite aguda mesentérica
75500175	Atrofia amarela aguda do fígado
75500183	Hepatite aguda ou subaguda não infecciosa
75500191	Insuficiência hepática aguda
75500230	Colangite
75500248	Abscesso hepático
75500256	Coma hepático
75500272	Colecistite aguda
75500299	Afecções pancreáticas
76300021	Laringotraqueobronquite
76300030	Abscesso retrofaríngeo ou periamigdaliano
76300056	Bronquiolite aguda
76300064	Pneumonia estafilocócica
76300072	Outras pneumonias
76300080	Broncopneumonias
76300110	Pneumotórax
76300129	Abscesso pulmonar
76300153	Broncoqueiectasia
76300161	Hemorragias das vias respiratórias
76300170	Sarcoidose
76300188	Insuficiência respiratória aguda
76400077	Pneumonia do lactente
76400085	Broncopneumonia em lactente
76400271	Entero infecções em lactente
76500012	Laringotraqueobronquite
76500020	Abscesso retrofaríngeo ou periamigdaliano
76500039	Pneumonia a vírus
76500047	Pneumonia bacteriana
76500055	Pneumonia estafilocócica

76500063	Pneumonia não especificada
76500071	Broncopneumonia
76500110	Cor pulmonale descompensado
76500136	Pneumotórax
76500144	Abscesso pulmonar
76500179	Micoses pulmonares
76500187	Bronquiectasia
76500195	Hemorragias das vias respiratórias
76500217	Sarcoidose
76500241	Mucoviscidose
77300017	Doença reumática com comprometimento cardíaco
77300025	Miocardite
77300033	Endocardite bacteriana aguda e sub aguda
77300041	Pericardite aguda
77300050	Insuficiência cardíaca
77300068	Crise hipertensiva
77300076	Encefalopatia hipertensiva
77300084	Hipertensão maligna
77300106	Aneurisma arterial complicado
77300114	Vasculopatia periférica
77300122	Embolias ou enfartes pulmonares
77300130	Cardiopatia congênita com insuficiência cardíaca
77300149	Edema agudo de pulmão
77300165	Outras vasculopatias
77500016	Doença reumática com comprometimento cardíaco
77500024	Infarto agudo do miocárdio
77500032	Insuficiência coronariana aguda
77500067	Endocardite bacteriana aguda e subaguda
77500083	Pericardite aguda
77500091	Hemopericárdio
77500105	Aneurisma arterial complicado
77500113	Insuficiência cardíaca
77500121	Crise hipertensiva
77500130	Hipertensão maligna
77500148	Cardiopatia congênita com insuficiência cardíaca
77500156	Embolias ou enfartes pulmonares
77500164	Edema agudo de pulmão
77500199	Choque por cardiovascular
77500202	Vasculopatia periférica
77500229	Miocardite
77500237	Tromboflebite profundas
80300014	Síndrome nefrótica
80300022	Síndrome nefrítica
80300057	Insuficiência renal aguda
80300065	Hipertensão nefrótica e renovascular
80300073	Pielonefrite
80300081	Nefropatias intersticiais
80300090	Abscesso renal
80300103	Retenção e obstrução urinária
80300111	Cólica nefrótica
80300120	Nefropatias metabólicas
80300138	Nefropatias congênitas doenças císticas
80300146	Hidronefrose e piodenose
80300154	Insuficiência renal crônica acidose metabólica
80300189	Desequilíbrio por diálise
80500013	Síndrome nefrótica
80500021	Síndrome nefrítica
80500030	Glomerulonefrite crônica agudizada
80500056	Insuficiência renal aguda
80500064	Hipertensão nefrótica e renovascular
80500072	Pielonefrite
80500080	Nefropatias intersticiais
80500099	Abscesso renal
80500102	Retenção e obstrução urinária
80500110	Cólica nefrótica
80500129	Nefropatias metabólicas
80500137	Nefropatias congênitas doenças císticas
80500145	Hidronefrose e piodenose
80500161	Anexite aguda
80500170	Insuficiência renal crônica acidose metabólica
80500200	Desequilíbrio pós diálise

80500218	Outras afecções do aparelho gênito urinário
81300026	Hematoma subdural
81300034	Abscesso cerebral
81300042	Epilepsias
81300050	Coréia aguda
81300140	Processos toxi infecciosos do cérebro e da medula
81500025	Hematoma subdural
81500033	Abscesso cerebral
81500076	Epilepsias
81500084	Coréia aguda
81500106	AVC agudo
81500114	Polirradiculite e polineuropatia
81500149	Processos toxi infecciosos do cérebro e da medula
82300011	Disfunção tireodiana
82300020	Tireo toxicose
82300038	Diabetes insípido
82300046	Diabetes sacarino
82500010	Disfunção tireoidiana
82500029	Tireo toxicose
82500037	Tireoidite
82500045	Diabetes insípido
82500053	Diabetes sacarino
83300031	Osteomielite aguda
83500030	Osteomielite aguda
86300016	Choque anafilático
86300040	Outras doenças alérgicas
86500015	Choque anafilático
88300048	Anomalia congênita do coração e aparelho circulatório
88300129	Doença de Hirschsprung
88300234	Outras anomalias da pele, fâneros e sistema linfático
89300017	Intoxicação por medicamentos
89300025	Intoxicação por derivados de petróleo
89300033	Intoxicação por inseticida, fertilizante e adubo
89300041	Envenenamento, intoxicação por outras substâncias químicas
89300050	Intoxicação por álcool
89300068	Intoxicação por alimentos ou plantas
89300076	Intoxicação por gases ou vapores
89300084	Outras intoxicações e envenenamento
89500016	Intoxicações por medicamentos
89500024	Intoxicação por derivados de petróleo
89500032	Intoxicação por inseticida, fertilizante ou adubo
89500040	Envenenamento e intoxicação
89500059	Intoxicação por álcool
89500067	Intoxicação por alimentos ou plantas
89500075	Intoxicação por gases ou vapores
90300041	Acidente por afogamento
90300050	Acidente por mordedura de rato
90300068	Acidente causado por outros animais
90300076	Acidente por picada de animais peçonhentos
90300084	Acidente por descarga elétrica
90300092	Acidente por agentes naturais e ambientais não especificados
90300106	Acidente por aspiração ou ingestão de alimento ou objeto que provoque obstrução
90300114	Acidente por sufocação mecânica
90300122	Acidente por penetração de corpo estranho em orifícios naturais
90300130	Acidente por material explosivo
90300149	Acidente por arma de fogo
90300157	Acidente por instrumento cortante ou penetrante
90300165	Acidente por substância corrosiva
90300173	Acidente por queda
90500040	Acidente por afogamento
90500059	Acidente por mordedura de animais
90500067	Acidente por picada de animais peçonhentos
90500075	Acidente por descarga elétrica
90500083	Acidente por agentes naturais e ambientais não especificados
90500091	Acidente por aspiração ou ingestão de alimento ou objeto que provoque obstrução
90500105	Acidente por sufocação mecânica
90500113	Acidente por penetração de corpo estranho em orifícios naturais
90500121	Acidente por material explosivo
90500130	Acidente por arma de fogo
90500148	Acidente por instrumento cortante ou penetrante
90500156	Acidente por substância corrosiva

90500164	Acidente por queda
91300010	Luxação e ferimentos com grave comprometimento orgânico
91300029	Fraturas do crânio
91300037	Fratura da coluna vertebral com lesão da medula espinhal
91300045	Fraturas das costelas e esterno
91300053	Fratura dos ossos da bacia
91300061	Tratamento clínico do traumatismo crânioencefálico
91300070	Tratamento clínico dos traumatismo internos com lesão visceral
91300088	Politraumatismos
91300096	Lacerações e ferimentos de localização diversas
91300100	Lesões superficiais infectadas
91300150	Tratamento clínico da contusão cerebral
91500010	Luxações e ferimentos com grave comprometimento orgânico
91500028	Fraturas do crânio
91500036	Fraturas da coluna vertebral
91500044	Fratura da coluna vertebral com lesões de medula espinhal
91500052	Fraturas das costelas e esterno
91500060	Fraturas dos ossos da bacia
91500079	Tratamento clínico do traumatismo crânioencefálico
91500087	Tratamento clínico dos traumatismo internos com lesão visceral
91500109	Lacerações e ferimentos de localizações diversas
91500117	Lacerações e ferimentos com amputação traumática
91500141	Complicações de procedimentos cirúrgicos ou médicos
91500150	Tratamento clínico da contusão cerebral

ANEXO 2 DO ANEXO III

TIPOLOGIA DOS HOSPITAIS DA REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E PROPOSTA DE INCENTIVO FINANCEIRO (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Anexo 2)

TIPOLOGIA DOS HOSPITAIS DA REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E PROPOSTA DE INCENTIVO FINANCEIRO

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

ANEXO 3 DO ANEXO III

QUANTITATIVOS MÍNIMOS DE PROFISSIONAIS DA SALA DE REGULAÇÃO MÉDICA (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Anexo 1)

QUANTITATIVOS MÍNIMOS DE PROFISSIONAIS DA SALA DE REGULAÇÃO MÉDICA

Nº de Profissionais	Médicos Reguladores(MR)		Telefonistas Auxiliares de Regulação Médica(TARM)		Rádio-Operadores (RO)		Número Total de Profissionais	
	Dia	Noite	Dia	Noite	Dia	Noite	Dia	Noite
População								
Até 350.000	01	01	02	01	01	01	04	03
350.001 a 700.000	02	02	03	02	01	01	06	05
700.001 a 1.500.000	03	02	05	03	01	01	09	06
1.500.001 a 2.000.000	04	03	06	05	01	01	11	09
2.000.001 a 2.500.000	05	04	07	06	02	01	14	11
2.500.001 a 3.000.000	06	05	07	06	02	01	14	11
3.000.001 a 3.750.000	07	05	10	07	03	02	20	14
3.750.001 a 4.500.000	08	06	13	09	04	03	25	18
4.500.001 a 5.250.000	09	07	15	11	05	03	29	21
5.250.001 a 6.000.000	10	08	17	13	06	04	33	25
6.000.001 a 7.000.000	11	09	20	15	07	05	38	29
7.000.001 a 8.000.000	12	10	23	17	08	06	43	33
8.000.001 a 9.000.000	13	11	25	20	09	07	47	38
9.000.001 a	14	11	28	22	10	07	52	40

10.000.000								
Acima de 10.000.001	15	12	31	25	11	08	57	45

ANEXO 4 DO ANEXO III

A REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS (Origem: PRT MS/GM 2657/2004, Anexo 1)

A REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS

Quando tomamos a regulação das necessidades imediatas como referência, estamos considerando o seu potencial organizador sobre o funcionamento geral do sistema e sua visibilidade junto aos usuários como marcadoras de sucesso ou fracasso do SUS.

A Regulação Médica das Urgências, operacionalizada através das Centrais de Regulação Médica de Urgências, é um processo de trabalho através do qual se garante escuta permanente pelo Médico Regulador, com acolhimento de todos os pedidos de socorro que ocorrem à central e o estabelecimento de uma estimativa inicial do grau da urgência de cada caso, desencadeando a resposta mais adequada e equânime a cada solicitação, monitorando continuamente a estimativa inicial do grau de urgência até a finalização do caso e assegurando a disponibilidade dos meios necessários para a efetivação da resposta definitiva, de acordo com grades de serviços previamente pactuadas, pautadas nos preceitos de regionalização e hierarquização do sistema.

É importante lembrar que, a fim de garantir resposta efetiva às especificidades das demandas de urgência, as grades de referência devem ser suficientemente detalhadas, levando em conta quantidades, tipos e horários dos procedimentos ofertados, bem como a especialidade de cada serviço, com este todo organizado em redes e linhas de atenção, com a devida hierarquização, para fins de estabelecermos a identidade entre as necessidades dos pacientes atendidos pelo SAMU-192 e a oferta da atenção necessária em cada momento. As grades de atenção deverão mostrar, a cada instante, a condição de capacidade instalada do sistema regionalizado e suas circunstâncias momentâneas.

As Centrais SAMU-192, de abrangência municipal, micro ou macrorregional, devem prever acesso a usuários, por intermédio do número público gratuito nacional 192, exclusivo para as urgências médicas, bem como aos profissionais de saúde, em qualquer nível do sistema, funcionando como importante "porta de entrada" do sistema de saúde. Esta porta de entrada necessita, portanto, de "portas de saída" qualificadas e organizadas, que também devem estar pactuadas e acessíveis, por meio das demais centrais do complexo regulador da atenção, garantindo acesso à rede básica de saúde, à rede de serviços especializados (consultas médicas, exames subsidiários e procedimentos terapêuticos), à rede hospitalar (internações em leitos gerais, especializados, de terapia intensiva e outros), assistência e transporte social e outras que se façam necessárias.

Vale salientar que, nos casos em que a solicitação seja oriunda de um serviço de saúde que não possuiu a hierarquia técnica requerida pelo caso, ainda que o paciente já tenha recebido um atendimento inicial, consideramos que este paciente ainda se encontra em situação de urgência nesse caso ele deverá ser adequadamente acolhido e priorizado pela Central de Regulação de Urgências, como se fosse um atendimento em domicílio ou em via pública. Por outro lado, se esse paciente já estiver fora da situação de urgência e precisar de outros recursos para a adequada continuidade do tratamento (portas de saída), a solicitação deve ser redirecionada para outras centrais do complexo regulador, de acordo com a necessidade observada. Esses fluxos e atribuições dos vários níveis de atenção e suas respectivas unidades de execução devem ser pactuados previamente, com o devido detalhamento nas grades de oferta regionais.

As Centrais de Regulação de Urgências - Centrais SAMU- 192 constituem-se em "observatório privilegiado da saúde", com capacidade de monitorar de forma dinâmica, sistematizada e em tempo real, todo o funcionamento do Sistema de Saúde, devendo gerar informes regulares para a melhoria imediata e mediata do sistema de atenção às urgências e da saúde em geral.

Os princípios constitucionais de respeito à dignidade da pessoa humana, de cidadania e de promoção do bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação, devem presidir todas as ações da Regulação Médica das Urgências.

ATRIBUIÇÕES DA REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS**Atribuições Gerais:**

I - ser instância operacional onde se processa a função reguladora, em casos de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas, traumáticas, obstétricas e psiquiátricas;

II - ser polivalente na utilização dos recursos;

III - ser capaz de refletir a relação entre a oferta disponível e as necessidades demandadas;

IV - subsidiar o planejamento das correções necessárias para adequar a relação acima mencionada, sempre que se observar deficiência de oferta no exercício cotidiano da regulação médica das urgências;

V - articular ações harmonizadoras e ordenadoras buscando a resposta mais equitativa possível frente às necessidades expressas e devidamente hierarquizadas;

VI - estar articulada com os Serviços de Controle, Avaliação, Auditoria e Vigilância em Saúde, permitindo a utilização dos recursos do sistema de forma harmônica, de acordo com uma hierarquia de necessidades;

VII - nortear-se por pactos estabelecidos entre as instâncias gestoras do Sistema e demais atores envolvidos no processo assistencial;

VIII - facilitar a execução de programas e projetos estratégicos e prioritários de atenção à saúde, formulados junto a instituições parceiras ou com missões semelhantes e aprovados pelo respectivo Comitê Gestor de Atenção às Urgências;

IX - identificar e divulgar os fatores condicionantes das situações e agravos de urgência atendidos, notificando os diferentes setores envolvidos por intermédio do Comitê Gestor;

X - pactuar ações conjuntas com outros atores envolvidos na atenção integral às urgências, como a Defesa Civil, o Corpo de Bombeiros, a Polícia Militar, a Polícia Rodoviária, os Departamentos de Trânsito, as Concessionárias de Rodovias, as Empresas Privadas de Transporte e Atendimento de Urgência, entre outros;

XI - avaliar permanentemente o desempenho das parcerias com os demais atores e notificar o Comitê Gestor de Urgências, fornecendo elementos para a implementação e otimização das ações conjuntas;

XII - participar da formulação dos Planos de Saúde, de Atenção Integral às Urgências e de Atenção a Eventos com Múltiplas Vítimas e Desastres, do município ou região de sua área de abrangência, fornecendo dados epidemiológicos, contextualizando os agravos atendidos e identificando os fatores facilitadores e de estrangulamento das ações.

Atribuições específicas:

I - manter escuta médica permanente e qualificada para este fim, nas 24 horas do dia, todos os dias da semana, pelo número gratuito nacional das urgências médicas: 192;

II - identificar necessidades, por meio da utilização de metodologia adequada, e classificar os pedidos de socorro oriundos da população em geral, a partir de seus domicílios ou de vias e lugares públicos;

III - identificar, qualificar e classificar os pedidos de socorro oriundos de unidades de saúde, julgar sua pertinência e exercer a telemedicina sempre que necessário. Discernir sobre a urgência, a gravidade e o risco de todas as

solicitações;

IV - hierarquizar necessidades;

V - decidir sobre a resposta mais adequada para cada demanda;

VI - garantir os meios necessários para a operacionalização de todas as respostas necessárias;

VII - monitorar e orientar o atendimento feito pelas equipes de Suporte Básico e Suporte Avançado de Vida;

VIII - providenciar os recursos auxiliares de diferentes naturezas necessários para complementar a assistência, sempre que necessário;

IX - notificar as unidades que irão receber pacientes, informando às equipes médicas receptoras as condições clínicas dos pacientes e possíveis recursos necessários;

X - permear o ato médico de regular por um conceito ampliado de urgência, acolhendo a necessidade expressa por cada cidadão, definindo para cada um a melhor resposta, não se limitando apenas a conceitos médicos pré-estabelecidos ou protocolos disponíveis;

XI - constituir-se em "observatório privilegiado da saúde e do sistema", com capacidade de monitorar de forma dinâmica, sistematizada, e em tempo real, todo o seu funcionamento;

XII - respeitar os preceitos constitucionais do País, a legislação do SUS, as leis do exercício profissional médico, o Código de Ética Médica, bem como toda a legislação correlata existente.

DIMENSIONAMENTO TÉCNICO PARA A ESTRUTURAÇÃO FÍSICA DAS CENTRAIS DE REGULAÇÃO MÉDICA DE URGÊNCIAS - CENTRAIS SAMU-192

I - A sala de regulação médica deve ser estruturada de acordo com as seguintes diretrizes e características:

a) a sala de regulação deverá ser dimensionada levando-se em conta o tamanho da equipe e o número de postos de trabalho, conforme recomendações técnicas desta Portaria, considerando que cada posto de trabalho utiliza 2 m² de área, projetando-se, além disso, os espaços dos corredores de circulação e recuos, além das portas e janelas;

b) acesso restrito aos profissionais que nela trabalham, exceto em situações de ensino com prévia aprovação da coordenação;

c) isolamento acústico, iluminação e temperatura adequadas;

d) propiciar a integridade da conduta profissional, a imparcialidade no manejo dos casos e o sigilo ético-profissional das informações;

e) sistema de telefonia com número suficiente de linhas disponíveis à população, número de aparelhos telefônicos adequado aos postos de trabalho de médicos e auxiliares de regulação e equipamento de fax;

f) sistema de comunicação direta entre os radio-operadores, as ambulâncias, suas bases operacionais e de estabilização, outras unidades de saúde e outras centrais de regulação, bem como com outros atores diretamente relacionados aos atendimentos móveis, como o Corpo de Bombeiros, a Defesa Civil, a Polícia Militar, Operadoras Privadas de Serviços Móveis de Urgência e outros;

g) sistema de gravação digital contínua para registro de toda a comunicação efetuada por telefone e rádio, com acesso protegido, permitido apenas às pessoas autorizadas pela Coordenação do Serviço; e

h) sistema de gestão informatizado para arquivamento dos registros gerados pela regulação.

II - Demais dependências do SAMU 192:

a) sala de equipamentos: devido ao ruído emitido pelos equipamentos (servidores de rede, central telefônica, no break e estabilizador), é recomendada a existência de uma área isolada, contígua à sala de regulação, onde esses equipamentos serão instalados, de forma a não prejudicar o ambiente de trabalho, com área mínima de 4,5 m²;

b) banheiros contíguos ou próximos da sala de regulação;

c) área de conforto e alimentação para a equipe;

d) área administrativa, com espaço para a coordenação e a equipe de apoio do serviço.

e) local para guarda de materiais e medicamentos controlados, conforme legislação em vigor;

f) área para esterilização de materiais, conforme normatização técnica da ANVISA/MS;

g) garagem para ambulâncias;

h) área adequada para lavagem, limpeza, desinfecção de materiais e das ambulâncias, respeitando as normas para o tratamento e escoamento da água utilizada;

i) sinalização adequada nas saídas das ambulâncias;

j) refeitório e cozinha;

l) banheiros com chuveiros;

m) alojamento para repouso das equipes; e

n) expurgo.

III - Bases Descentralizadas: a fim de garantir tempo reposta de qualidade e racionalidade na utilização dos recursos móveis, nos SAMU regionais ou sediados em municípios de grande extensão territorial deverão existir bases operacionais descentralizadas, que funcionarão como postos avançados para as ambulâncias e suas respectivas equipes. Para tal, essas bases deverão ter a configuração mínima para abrigo, alimentação e conforto das equipes e estacionamento da(s) ambulância(s). Dependendo do seu tamanho e de sua localização, as bases deverão utilizar a infraestrutura geral da sede ou, se necessário, montar os demais espaços essenciais ao seu bom funcionamento, obedecendo as diretrizes gerais de infraestrutura física estabelecidas nesta Portaria.

OPERACIONALIZAÇÃO DAS CENTRAIS SAMU-192

I- Ferramentas de Regulação:

a) mapas do município e região de cobertura do serviço, onde estejam localizados os serviços de saúde, bases descentralizadas do SAMU, outras ambulâncias ou serviços de transporte inclusive privados, Corpo de Bombeiros, Polícia Rodoviária e outros;

b) mapas do município e região de cobertura do serviço, com as estradas e principais vias de acesso, registro de barreiras físicas e outros fatores que dificultem o acesso a cada local;

c) listas de telefones de todos os serviços de saúde do município ou região, além de outros setores envolvidos na assistência à comunidade;

d) grades pactuadas, regionalizadas e hierarquizadas, com informações efetivas sobre a composição e a capacidade operativa diária e horária da estrutura dos serviços, organizados em redes e linhas de atenção, hierarquizados por complexidade de resposta técnica. Essas grades deverão ser mantidas atualizadas diariamente pelos serviços, indicando e justificando se há impedimento de uso do potencial do serviço, ocasião em que os serviços comunicarão formalmente por escrito a alteração transitória de grade e, em caso de alteração definitiva, deverão comunicar com antecedência adequada ao comitê gestor das urgências e ao gestor municipal ou estadual competente;

e) mecanismos de relacionamento direto com as centrais de regulação de leitos hospitalares, consultas ambulatoriais especializadas e serviços auxiliares de diagnóstico, quando estas existirem ou criação e utilização de planilhas auxiliares com vagas/censos diários etc;

f) diretrizes técnicas de regulação médica e de atendimentos de urgência;

g) agenda de eventos;

h) planos para manejo de situações complexas, envolvendo muitas pessoas afetadas, com perda ou não da capacidade de resposta por setores públicos e privados encarregados (planos de desastre com protocolos integrados entre todos os agentes públicos e privados responsáveis); e

i) manuais de normas e rotinas do serviço.

II - Normas Gerais e Fluxos da Regulação:

a) a Central de Regulação Médica de Urgências deve ser acessada pelo número gratuito nacionalmente designado para o Atendimento Pré-Hospitalar Móvel 192, admitindo-se outro número exclusivo e gratuito apenas em locais onde haja impedimento técnico da área de comunicações para sua utilização;

b) seu funcionamento deve ser ininterrupto, contando com, pelo menos um médico regulador e correspondentes TARM/RO de plantão presencial na sala de regulação, nas 24 horas, todos os dias, incluindo sábados, domingos e feriados;

c) todo chamado deve ser atendido pelo telefonista auxiliar de regulação médica e, após a devida identificação e localização do solicitante, ser repassado ao médico regulador;

d) nos trotes ou enganos, o chamado deverá ser registrado, mas não contabilizado como "caso" e a ligação pode ser encerrada sem a intervenção do médico regulador;

e) o telefonista auxiliar de regulação médica deverá ser treinado e devidamente instrumentalizado para atender aos pedidos de informação que ocorrerem à central;

f) nos chamados em que o solicitante necessite apenas de informação que não caracterize pedido de socorro de urgência, o telefonista auxiliar de regulação médica está autorizado a fornecer a informação, se ela estiver disponível em suas ferramentas de trabalho e encerrar a solicitação, sem a intervenção do médico regulador. Caso não possua a informação, deverá repassar o chamado ao médico regulador, para que ele dê a melhor orientação possível ao solicitante;

g) o médico regulador, ao receber o caso, deverá, num curto espaço de tempo (de 30 segundos a 1 minuto), por meio da utilização de técnicas específicas para este fim, julgar a gravidade de cada caso e, em se tratando de situação crítica, deverá desencadear imediatamente a melhor resposta, acionando, inclusive, múltiplos meios, sempre que necessário, podendo, em seguida, concluir o detalhamento do caso;

h) nos casos de menor gravidade, o médico poderá optar inclusive pelo não envio de equipe ao local, orientando o solicitante sobre como proceder em relação à queixa relatada;

i) nos casos de simples orientação, o médico regulador deve colocar-se à disposição do solicitante para novas orientações, caso haja qualquer mudança em relação ao quadro relatado na primeira solicitação;

j) caso o médico regulador opte pelo envio de equipe de suporte básico ou avançado de vida ao local, deve monitorar todo seu deslocamento e receber o relato do caso quando a equipe lá chegar, confirmando ou alterando a gravidade estimada inicialmente;

l) após essa reavaliação, o médico regulador deverá tomar uma segunda decisão a respeito da necessidade do paciente, definindo inclusive para qual unidade de saúde o paciente deve ser transportado, se for o caso;

m) se o paciente for transportado, cabe ao médico regulador monitorar e acompanhar todo o atendimento prestado no trajeto;

n) o médico regulador deve estabelecer contato com o médico do serviço receptor, repassando a ele as informações técnicas sobre cada caso, para que a equipe local possa preparar-se para receber o paciente da melhor maneira possível;

o) naquelas situações de atendimento médico no pré-hospitalar móvel, sempre que possível e com conhecimento e autorização do médico regulador, o médico assistente deverá manter-se em contato direto com o médico assistente do serviço de destino definido pela regulação, para repasse das informações sobre o paciente, a fim de instrumentalizar a organização da melhor recepção possível para os casos graves;

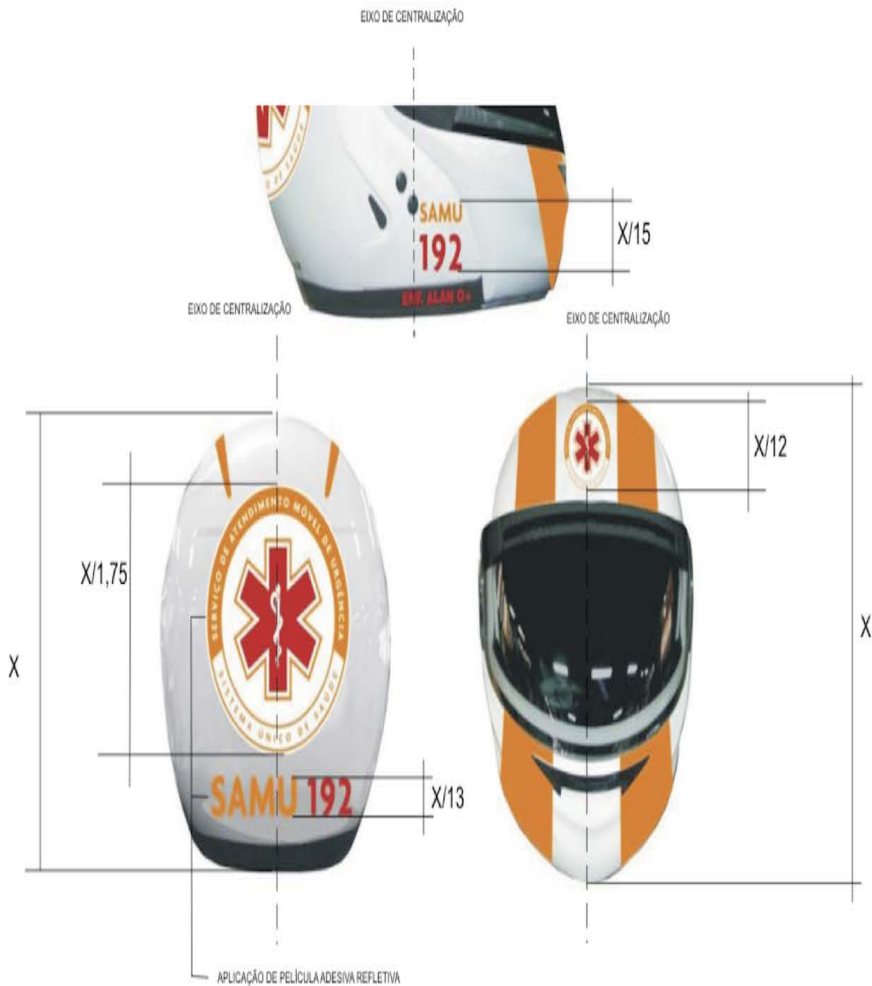
p) após o adequado recebimento do paciente no serviço determinado, o médico regulador poderá considerar o caso encerrado; e

q) o rádio operador deve acompanhar a movimentação dos veículos do SAMU, durante todas as etapas da regulação acima mencionadas.

ANEXO 5 DO ANEXO III

PADRONIZAÇÃO VISUAL E GRAFISMO DO CAPACETE (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Anexo 1)

PADRONIZAÇÃO VISUAL E GRAFISMO DO CAPACETE



s aqui presentes são
tomadas em função de "X".

tura do capacete.

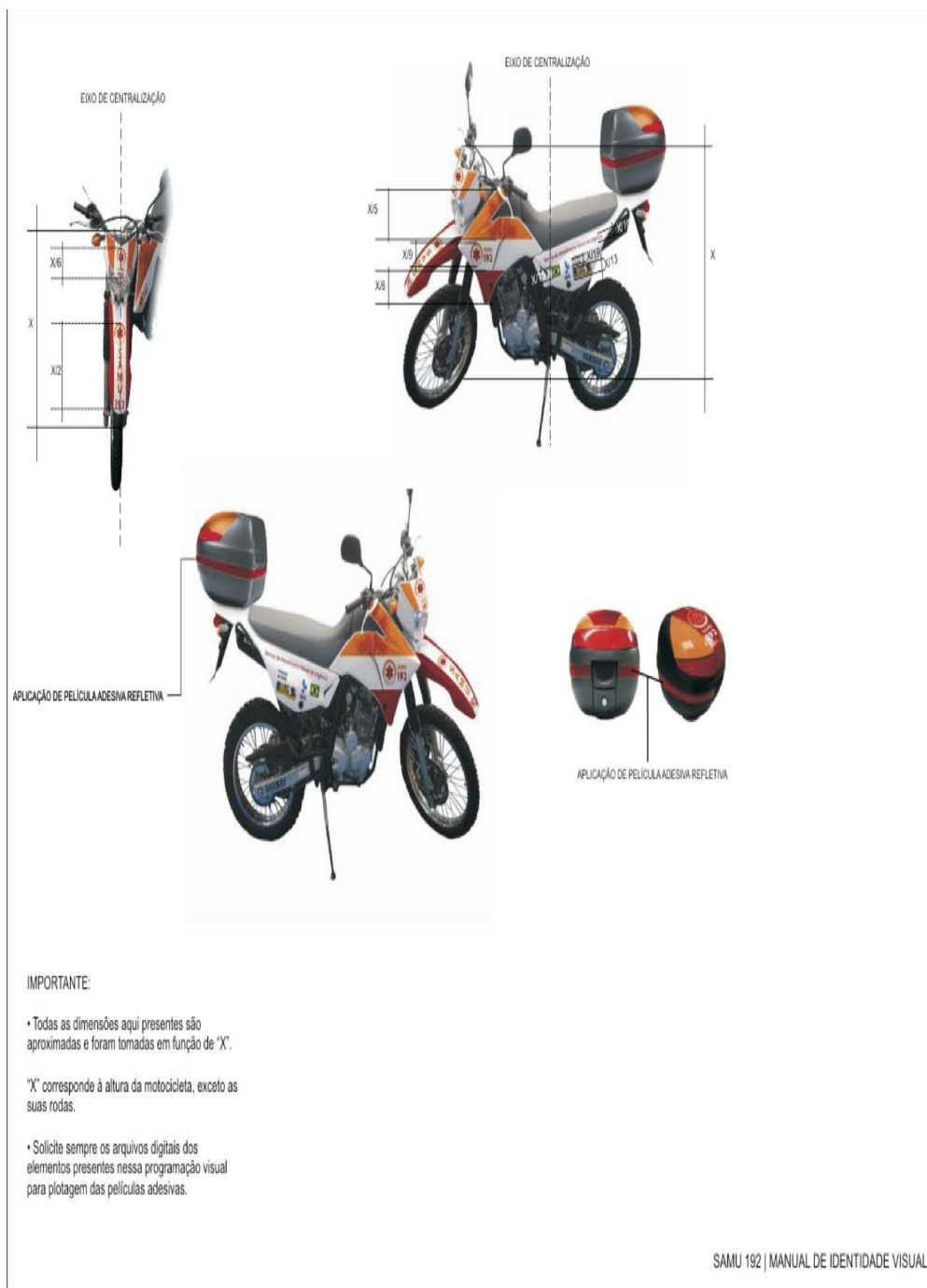
arquivos digitais dos
nessa programação visual
elículas adesivas.

SAMU 192 | MANUAL DE IDENTIDADE VISUAL

ANEXO 6 DO ANEXO III

PADRONIZAÇÃO VISUAL E GRAFISMO DA MOTOCICLETA (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Anexo 2)

PADRONIZAÇÃO VISUAL E GRAFISMO DA MOTOCICLETA



ANEXO 7 DO ANEXO III

ORIENTAÇÃO TÉCNICA QUANTO AO EMPREGO DAS MOTOCICLETAS (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Anexo 3)

ORIENTAÇÃO TÉCNICA QUANTO AO EMPREGO DAS MOTOCICLETAS

As motocicletas para a intervenção do SAMU 192 deverão possuir motorização com no mínimo 250 cilindradas e ser do tipo trail. Deverão ser utilizadas exclusivamente em intervenções do SAMU 192, sob regulação médica e se destinam, prioritariamente, às seguintes situações:

a) intervenções nos acionamentos de unidade de suporte avançado de vida (USA), considerando que a motocicleta desenvolve melhor velocidade e conta com a agilidade necessária no trânsito para chegar antes da ambulância ao local onde se encontra o paciente. Assim, nos eventos tempo-dependentes (por exemplo, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, traumatismo crânio-encefálico, dentre outras tantas) deverão ser envidados esforços por parte das centrais de regulação em efetuar o despacho imediato da motocicleta como forma de assegurar a chegada do socorro no menor tempo-resposta possível, preservando-se a segurança do condutor da motocicleta;

b) intervenções em eventos em locais de reconhecido difícil acesso a veículos de urgência (ambulâncias) em razão de características geográficas, condições da malha viária, dentre tantas peculiaridades de cada Município/região de abrangência do serviço, bem como em outras situações desta natureza que possam ser identificadas pela regulação médica como motivação para utilização da motocicleta;

c) apoio nas intervenções de suporte básico de vida quando for necessário auxílio direto na cena de mais um técnico de enfermagem para auxílio em procedimentos que necessitem de mais profissionais, de acordo com o julgamento da regulação médica (reanimação cardiopulmonar, extricação de vítimas, dentre outras situações do Atendimento Pré-hospitalar - APH móvel);

d) apoio nas intervenções de suporte avançado de vida quando for necessária a presença de mais um técnico de enfermagem na cena, a critério do médico regulador; e

e) demais situações de agravamento à saúde da população nas quais, a critério do médico regulador, no uso de suas atribuições contidas na Portaria 2.048/GM, possa haver benefício no emprego da motocicleta, uma vez que a chegada desta unidade viabilizará o início de manobras de suporte básico de vida.

ANEXO 8 DO ANEXO III

ÁREA FÍSICA, INFRAESTRUTURA FÍSICA, MOBILIÁRIO, MATERIAIS E EQUIPAMENTOS MÍNIMOS PARA SALA DE ESTABILIZAÇÃO (SE) (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Anexo 1)

Área Física Infraestrutura física

AMBIENTE	NUMERO DE LEITOS DE ESTABILIZAÇÃO (MÍNIMO)	ÁREA (M²)	INSTALAÇÕES
Sala de Estabilização	02	16 m2 por leito, com distância mínima de 1,5 m entre estes e paredes, exceto cabeceira e pé do leito = 1,2 m. Pé-direito mínimo = 2,7 m	Instalações baseadas conforme regulamentação sanitárias
Área de Serviço de Enfermagem		4,0 m2	
Área Total		36 m2	

Mobiliário, materiais e equipamentos mínimos.

	Quantidade
Ressuscitador manual kit adulto, infantil e neonatal	2
Armário suspenso com divisórias	1
Oxímetro portátil (hand-set)	2
Aspirador portátil	1
Balde com pedal contenedor de resíduos com tampa e pedal	2
Bancada com cuba e armários	1
Mesa de Mayo	1
Banqueta giratória	1
Colar cervical (kit com 5 tamanhos)	1
Biombo	1
Bomba de infusão	2
Caixa básica de instrumental cirúrgico	1
Desfibrilador/cardioversor com monitor multiparâmetro e marcapasso	1
Carro de urgência	1
Detector de batimentos cardíacos fetais	1
Eletrocardiógrafo portátil	1
Escada com 2 degraus	1
Esfigmomanômetro de pedestal com manguito infantil e adulto	1
Estetoscópio adulto/infantil	2
Suporte de Hamper	1
Lanterna clínica	1
Laringoscópio com kit adulto e infantil	1
Maca com grades removíveis e rodas com travas	2
Mesa auxiliar p/ instrumental	1
Refletor parabólico de luz fria	1
Suporte de soro	2
Ventilador de transporte eletrônico microprocessador adulto/infantil com traquéias adulto, infantil e neonatal	2
Foco cirúrgico móvel	1
Prancha longa	1
Cilindro de oxigênio portátil	1
Ponto de Oxigênio	1
Gerador ou Nobreak sistema de emergência	1

ANEXO 9 DO ANEXO III
REQUISITOS MÍNIMOS PARA POPULAÇÃO DE COBERTURA, ÁREA FÍSICA, EQUIPE E LEITOS DE SALA DE ESTABILIZAÇÃO (SE) DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Anexo 2)

SERVIÇO/ UNIDADE	POPULAÇÃO DE COBERTURA	ÁREA FÍSICA MÍNIMA	EQUIPE MÍNIMA NA SE	NÚMERO MÍNIMO DE LEITOS DE ESTABILIZAÇÃO
SE	até 50.000 (cinquenta mil) habitantes	40 m² 36 m²	01 (um) médico generalista com qualificação no atendimento em urgências com garantia de retaguarda de enfermagem e de pessoal técnico, nas 24 (vinte e quatro) horas, todos os dias da semana	02

ANEXO 10 DO ANEXO III
DEFINIÇÃO DO NÚMERO DE LEITOS APLICÁVEL ÀS UPAs 24H NOVAS E AMPLIADAS (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Anexo 1)

DEFINIÇÃO DO NÚMERO DE LEITOS APLICÁVEL ÀS UPAs 24H NOVAS E AMPLIADAS

DEFINIÇÃO DOS PORTES APLICÁVEIS ÀS UPAs 24h	POPULAÇÃO RECOMENDADA PARA A ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UPa 24h	NÚMERO MÍNIMO DE LEITOS DE OBSERVAÇÃO	NÚMERO MÍNIMO DE LEITOS SALA DE URGÊNCIA
PORTE I	50.000 A 100.000 HABITANTES	7 LEITOS	2 LEITOS
PORTE II	100.001 A 200.000 HABITANTES	11 LEITOS	3 LEITOS
PORTE III	200.001 A 300.000 HABITANTES	15 LEITOS	4 LEITOS

ANEXO 11 DO ANEXO III
DEFINIÇÃO DOS VALORES DE INVESTIMENTO APLICÁVEIS ÀS UPAs 24H NOVAS E AMPLIADAS (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Anexo 2)

DEFINIÇÃO DOS VALORES DE INVESTIMENTO APLICÁVEIS ÀS UPA 24H NOVAS E AMPLIADAS

DEFINIÇÃO DOS PORTES APLICÁVEIS ÀS UPA 24h	INVESTIMENTO CONSTRUÇÃO MOBILIÁRIO E EQUIPAMENTOS DE UPA 24h NOVAS HABITADAS EM INVESTIMENTO ATÉ 31/12/2014.	INVESTIMENTO UPA 24h AMPLIADAS (limite máximo) HABILITADAS EM INVESTIMENTO ATÉ 31/12/2014	INVESTIMENTO EM EQUIPAMENTOS E MOBILIÁRIOS PARA UPA 24 h NOVAS E AMPLIADAS
PORTE I	R\$ 2.200.000,00	R\$ 1.500.000,00	R\$ 600.000,00
PORTE II	R\$ 3.100.000,00	R\$ 2.500.000,00	R\$ 800.000,00
PORTE III	R\$ 4.000.000,00	R\$ 3.500.000,00	R\$ 1.000.000,00

ANEXO 12 DO ANEXO III
PROCEDIMENTOS A SEREM REGISTRADOS NO FORMATO BOLETIM DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL INDIVIDUALIZADO - BPA - I (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Anexo 7)

Procedimentos a serem registrados no formato Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado - BPA - I

Procedimento	Descrição
03.01.06.002-9	ATENDIMENTO DE URGÊNCIA C/ OBSERVAÇÃO ATÉ 24 HORAS EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA
03.01.06.009-6	ATENDIMENTO MÉDICO EM UPA 24H DE PRONTO ATENDIMENTO
03.01.06.010-0	ATENDIMENTO ORTOPÉDICO COM IMOBILIZAÇÃO PRO-VISÓRIA
03.01.06.011-8	ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

ANEXO 13 DO ANEXO III
FORMULÁRIO PARA VISTORIA DO GESTOR - NORMAS DE CLASSIFICAÇÃO E HABILITAÇÃO DE CENTRO DE TRAUMA TIPO I AOS PACIENTES COM TRAUMA (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Anexo 1)

FORMULÁRIO PARA VISTORIA DO GESTOR NORMAS DE CLASSIFICAÇÃO E HABILITAÇÃO DE CENTRO DE TRAUMA TIPO I AOS PACIENTES COM TRAUMA

(deve ser preenchido e assinado pelo Gestor)

(esse formulário não deve ser modificado e/ou substituído)

NOME DA INSTITUIÇÃO: _____

CNPJ: _____

TIPO DE PRESTADOR (NATUREZA): _____

() Federal?() Estadual?() Municipal?() Filantrópico?() Privado

ENDEREÇO: _____

MUNICÍPIO: _____

ESTADO: _____ CEP: _____

TELEFONE: _____ FAX: _____

EMAIL: _____

DIRETOR TÉCNICO: _____

Tipos de Assistência:

() Ambulatorial

() Internação

() Urgência/Emergência de porta aberta

O Centro de Trauma tipo I:

1) Cobertura populacional:

a) () até 200 mil habitantes

b) () de 201 a 500 mil habitantes

c) () de 501 mil a 1 milhão de habitantes

2) Participa da RUE:

a) () Sim () Não

3) É porta de entrada de Urgência da RUE:

a) () Sim () Não

4) É referência regional, realizando no mínimo 10% (dez por cento) dos atendimentos oriundos de outros Municípios:

a) () Sim () Não

5) Número de leitos cadastrados no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos (SCNES): _____ leitos

6) Registro das Informações do Paciente:

a) 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

7) Equipe médica:

a) () Pediatra

b) () Clínico geral

c) () Ortopedista

d) () Anestesiologista

e) () Cirurgião geral

8) Enfermagem treinada em urgência e atendimento de pacientes com trauma;

() Sim () Não

9) Equipe médica para realização de cirurgias de trauma sem comprometimento do atendimento da porta de Urgência:

a) () Sim () Não

10) Sala de cirurgia para atendimento ao paciente com trauma:

a) () Sim () Não

11) Leitos de enfermagem para paciente com trauma:

a) () Sim () Não

12) Leitos de retaguarda para paciente com trauma:

a) () Sim () Não

13) Leitos de UTI para paciente com trauma:

a) () Sim () Não

14) Atendimento de urgência 24 horas por dia, todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados:

a) () Sim () Não

15) Raio X 24 horas por dia:

a) () Sim () Não

16) Ultrassonografia 24 horas por dia:

a) () Sim () Não

17) Protocolos clínicos e assistenciais escritos e disponibilizados;

a) () Sim () Não

18) Serviço de laboratório clínico em tempo integral (próprio ou disponível);

a) () Sim () Não

19) Serviço hemoterapia em tempo integral (próprio ou disponível);

a) () Sim () Não

20) Serviço de reabilitação (próprio ou disponível);

a) () Sim () Não

21) Garante acompanhamento ambulatorial aos pacientes atendidos:

a) () Sim () Não

22) Tem acesso às Centrais de Regulação para encaminhamento dos casos de maior complexidade:

a) () Sim () Não

23) Os serviços disponíveis (não próprios) estão cadastrados no SCNES:

a) () Sim () Não

24) Possui Alvará de Funcionamento:

a) () Sim () Não

Data de Emissão: ____/____/____

INTERESSE DO GESTOR ESTADUAL NO CREDENCIAMENTO:

De acordo com vistoria realizada "in loco", a Instituição cumpre com os requisitos da Portaria nº 1.365/GM/MS, de 8 de julho de 2013, para o(s) credenciamento(s) solicitado(s).

() Sim () Não

DATA: ____/____/____

CARIMBO E ASSINATURA DO GESTOR:

Gestor Municipal _____

Gestor Estadual _____

ANEXO 14 DO ANEXO III

FORMULÁRIO PARA VISTORIA DO GESTOR - NORMAS DE CLASSIFICAÇÃO E HABILITAÇÃO DE CENTRO DE TRAUMA TIPO II AOS PACIENTES COM TRAUMA (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Anexo 2)

FORMULÁRIO PARA VISTORIA DO GESTOR

NORMAS DE CLASSIFICAÇÃO E HABILITAÇÃO DE CENTRO DE TRAUMA TIPO II AOS PACIENTES COM TRAUMA

(deve ser preenchido e assinado pelo Gestor)

(esse formulário não deve ser modificado e/ou substituído)

NOME DA INSTITUIÇÃO: _____

CNPJ: _____

TIPO DE PRESTADOR (NATUREZA): _____

() Federal? () Estadual? () Municipal? () Filantrópico? () Privado

ENDEREÇO: _____

MUNICÍPIO: _____ ESTADO: _____

CEP: _____ ? TELEFONE: _____ FAX: _____

EMAIL: _____

DIRETOR TÉCNICO: _____ ?

Tipos de Assistência:

☐ Ambulatorial☐ Internação☐ Urgência/Emergência de porta aberta

O Centro de Trauma tipo II:

1) Cobertura populacional:

a) ☐ até 200 mil habitantesb) ☐ de 201 a 500 mil habitantesc) ☐ de 501 mil a 1 milhão de habitantes

2) Participa da RUE:

a) ☐ Sim ☐ Não

3) É porta de entrada de Urgência da RUE:

a) ☐ Sim ☐ Não

4) É referência regional, realizando no mínimo 10% (dez por cento) dos atendimentos oriundos de outros

Municípios:

a) ☐ Sim ☐ Não5) Número de leitos cadastrados no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos (SCNES):
_____ leitos

6) Registro das Informações do Paciente:

a) 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

7) Equipe médica:

a) ☐ Pediatrab) ☐ Clínico geralc) ☐ Ortopedistad) ☐ Anestesiologistae) ☐ Cirurgião geralf) ☐ Neurocirurgião

8) Enfermagem treinada em urgência e atendimento de pacientes com trauma;

a) ☐ Sim ☐ Não

9) Equipe médica para realização de cirurgias de trauma sem comprometimento do atendimento da porta de Urgência:

a) ☐ Sim ☐ Não

10) Sala de cirurgia para atendimento ao paciente com trauma:

a) ☐ Sim ☐ Não

11) Leitos de enfermaria para paciente com trauma:

a) ☐ Sim ☐ Não

12) Leitos cirúrgicos de retaguarda para paciente com trauma:

a) ☐ Sim ☐ Não

13) Leitos de UTI para paciente com trauma:

a) ☐ Sim ☐ Não

14) Equipe médica e de odontologia alcançável:

a) ☐ Neurocirurgiãob) ☐ Ortopedistac) ☐ Cirurgião vasculard) ☐ Cirurgião plásticoe) ☐ Cirurgião pediátricof) ☐ Cirurgião crânio-maxilo-facialg) ☐ Cirurgião e traumatologista buco-maxilo-facialh) ☐ Cirurgião torácicoi) ☐ Ginecologistaj) ☐ Obstetra

k) () Clínico geral

l) () Pediatra

m) () Oftalmologista

15) Atendimento de urgência 24 horas por dia, todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados:

a) () Sim () Não

16) Raio X 24 horas por dia:

a) () Sim () Não

17) Ultrassonografia 24 horas por dia:

a) () Sim () Não

18) Tomografia computadorizada (própria ou disponível) 24 horas por dia:

a) () Sim () Não

19) Ressonância magnética (própria ou disponível) 24 horas por dia:

a) () Sim () Não

20) Equipe multiprofissional:

a) () Fisioterapeuta Próprio () Sim () Não

b) () Assistente social Próprio () Sim () Não

c) () Nutricionista Próprio () Sim () Não

d) () Farmacêutico Próprio () Sim () Não

e) () Psicólogo Próprio () Sim () Não

21) Protocolos clínicos e assistenciais escritos e disponibilizados;

() Sim () Não

22) Serviço de laboratório clínico em tempo integral (próprio ou disponível);

a) () Sim () Não

23) Serviço hemoterapia em tempo integral (próprio ou disponível);

a) () Sim () Não

24) Serviço de reabilitação (próprio ou disponível);

a) () Sim () Não

25) Garante acompanhamento ambulatorial aos pacientes atendidos:

a) () Sim () Não

26) Tem acesso às Centrais de Regulação para encaminhamento dos casos de maior complexidade:

a) () Sim () Não

27) Os serviços disponíveis (não próprios) estão cadastrados no SCNES:

a) () Sim () Não

28) Possui Alvará de Funcionamento:

a) () Sim () Não

Data de Emissão: ____/____/____

INTERESSE DO GESTOR ESTADUAL NO CREDENCIAMENTO:

De acordo com vistoria realizada "in loco", a Instituição cumpre com os requisitos da Portaria nº 1.365/GM/MS, de 8 de julho de 2013, para o(s) credenciamento(s) solicitado(s).

() Sim () Não

DATA: ____/____/____

CARIMBO E ASSINATURA DO GESTOR:

Gestor Municipal _____

Gestor Estadual _____

ANEXO 15 DO ANEXO III

FORMULÁRIO PARA VISTORIA DO GESTOR NORMAS DE HABILITAÇÃO DE CENTRO DE TRAUMA TIPO III AOS PACIENTES COM TRAUMA (DEVE SER PREENCHIDO E ASSINADO PELO GESTOR) (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Anexo 3)

FORMULÁRIO PARA VISTORIA DO GESTOR

NORMAS DE HABILITAÇÃO DE CENTRO DE TRAUMA TIPO III AOS PACIENTES COM TRAUMA (deve ser preenchido e assinado pelo Gestor)

(esse formulário não deve ser modificado e/ou substituído)

NOME DA INSTITUIÇÃO: _____

CNPJ: _____

TIPO DE PRESTADOR (NATUREZA): _____

() Federal? () Estadual? () Municipal? () Filantrópico? () Privado

ENDEREÇO: _____

MUNICÍPIO: _____

ESTADO: _____ CEP: _____ TELEFONE: _____

FAX: _____ EMAIL: _____

DIRETOR TÉCNICO: _____ ?

Tipos de Assistência:

☐ Ambulatorial☐ Internação☐ Urgência/Emergência de porta aberta

O Centro de Trauma tipo III:

1) Cobertura populacional:

a) ☐ até 200 mil habitantesb) ☐ de 201 a 500 mil habitantesc) ☐ de 501 mil a 1 milhão de habitantes

2) Participa da RUE:

☐ Sim ☐ Não

3) É porta de entrada de Urgência da RUE:

☐ Sim ☐ Não

4) É referência regional, realizando no mínimo 10% (dez por cento) dos atendimentos oriundos de outros

Municípios:

☐ Sim ☐ Não5) Número de leitos cadastrados no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos (SCNES):
_____ leitos

6) Registro das Informações do Paciente: 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.

a) ☐ Sim ☐ Não

7) Equipe médica:

a) ☐ Pediatrab) ☐ Clínico geralc) ☐ Ortopedistad) ☐ Anestesiologistae) ☐ Cirurgião geralf) ☐ Neurocirurgião

8) Enfermagem treinada em urgência e atendimento de pacientes com trauma;

a) ☐ Sim ☐ Não

9) Equipe médica para realização de cirurgias de trauma sem comprometimento do atendimento da porta de Urgência:

a) ☐ Sim ☐ Não

10) Sala de cirurgia para atendimento ao paciente com trauma:

a) ☐ Sim ☐ Não

11) Leitos de enfermagem para paciente com trauma:

a) ☐ Sim ☐ Não

12) Leitos cirúrgicos de retaguarda para paciente com trauma:

a) ☐ Sim ☐ Não

13) Leitos de UTI para paciente com trauma:

a) ☐ Sim ☐ Não

14) Equipe médica e de odontologia alcançável:

a) ☐ Cirurgião vascularb) ☐ Cirurgião plásticoc) ☐ Cirurgião pediátricod) ☐ Cirurgião de mãoe) ☐ Otorrinolaringologistaf) ☐ Oftalmologistag) ☐ Cirurgião crânio-maxilo-facialh) ☐ Cirurgião e traumatologista buco-maxilo-faciali) ☐ Urologistaj) ☐ Cirurgião torácico

- k) ☐ Endoscopista
 l) ☐ Ginecologista
 m) ☐ Obstetra
 n) ☐ Clínico geral
 o) ☐ Pediatra
 p) ☐ Nefrologista
 q) ☐ Ortopedista
 r) ☐ Neurocirurgião

15) Atendimento de urgência 24 horas por dia, todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados:

a) ☐ Sim ☐ Não

16) Raio X 24 horas por dia:

a) ☐ Sim ☐ Não

17) Ultrassonografia 24 horas por dia:

a) ☐ Sim ☐ Não

18) Tomografia computadorizada 24 horas por dia:

a) ☐ Sim ☐ Não

19) Radiologia vascular intervencionista (própria ou disponível) 24 horas por dia:

a) ☐ Sim ☐ Não

20) Ressonância magnética (própria ou disponível) 24 horas por dia:

a) ☐ Sim ☐ Não

21) Equipe multiprofissional:

a) ☐ Fisioterapeuta Próprio ☐ Sim ☐ Não

b) ☐ Assistente social Próprio ☐ Sim ☐ Não

c) ☐ Nutricionista Próprio ☐ Sim ☐ Não

d) ☐ Farmacêutico Próprio ☐ Sim ☐ Não

e) ☐ Psicólogo Próprio ☐ Sim ☐ Não

22) Protocolos clínicos e assistenciais escritos e disponibilizados;

a) ☐ Sim ☐ Não

23) Serviço de laboratório clínico em tempo integral (próprio ou disponível);

a) ☐ Sim ☐ Não

24) Serviço hemoterapia em tempo integral (próprio ou disponível);

a) ☐ Sim ☐ Não

25) Serviço de reabilitação (próprio ou disponível);

a) ☐ Sim ☐ Não

26) Garante acompanhamento ambulatorial aos pacientes atendidos:

a) ☐ Sim ☐ Não

27) Tem acesso às Centrais de Regulação para encaminhamento dos casos de maior complexidade:

a) ☐ Sim ☐ Não

28) Os serviços disponíveis (não próprios) estão cadastrados no SCNES:

a) ☐ Sim ☐ Não

29) Possui Alvará de Funcionamento:

a) ☐ Sim ☐ Não

Data de Emissão: ____/____/____

INTERESSE DO GESTOR ESTADUAL NO
 CREDENCIAMENTO: _____

De acordo com vistoria realizada "in loco", a Instituição cumpre com os requisitos da Portaria nº 1.365/GM/MS, de 8 de julho de 2013, para o(s) credenciamento(s) solicitado(s).

☐ Sim ☐ Não

DATA: ____/____/____

CARIMBO E ASSINATURA DO GESTOR:

Gestor Municipal _____

Gestor Estadual _____

ANEXO 16 DO ANEXO III

MODELO TERMO DE COMPROMISSO (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Anexo 4)

MODELO

TERMO DE COMPROMISSO

Conforme disposto no art. 20 da Portaria nº XX/GM/MS, de XX de junho de 2013, a Secretaria de Saúde do Município de _____ ou a Secretaria de Saúde do Estado de _____ do Distrito Federal

assume a responsabilidade de garantir, seja por meio de serviços próprios ou contratados, o acesso aos seguintes procedimentos:

- a. Tomografia computadorizada;
- b. Radiologia vascular intervencionista;
- c. Ressonância magnética;
- d. Laboratório clínico;
- e. Serviço de hemoterapia; e
- f. Serviço de reabilitação.

Por ser verdade, firmo o presente.

(Nome Completo)

(Assinatura do Gestor Municipal e/ou Estadual e do Distrito Federal c/carimbo)

CIDADE - UF, ____ de ____ de ____

ANEXO 17 DO ANEXO III

LISTA DE CENTROS DE INFORMAÇÃO E ASSISTÊNCIA TOXICOLÓGICA (CIATOX) (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Anexo 1)

Lista de Centros de Informação e Assistência Toxicológica (CIATox)

Nº	UF	Cidade	Nome	CNES	Localização
1	AM	Manaus	Centro de Informações Toxicológicas do Amazonas - CIT/AM	2017644	HOSPITAL UNIVERSITARIO GETULIO VARGAS
2	BA	Salvador	Centro Antiveneno da Bahia - CIAVE - BA	2470845	CIAVE CENTRO DE INFORMACOES ANTIVENENO
3	CE	Fortaleza	Centro de Assistência Toxicológica - CEATOX Fortaleza	2529149	Instituto Dr. José Frota
4	DF	Brasília	Centro de Informações Toxicológicas - CIT de Brasília	6963447	Secretaria de Saúde do Distrito Federal
5	ES	Vitória	Centro de Atendimento Toxicológico - TOXCEN	11800	HOSPITAL INFANTIL NOSSA SENHORA DA GLORIA
6	GO	Goiânia	HOSPITAL INFANTIL NOSSA SENHORA DA GLORIA	6450091	SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE DE GOIAS
7	MG	Belo Horizonte	Serviço de Toxicologia de Minas Gerais	26921	HOSPITAL JOAO XXIII
8	MS	Campo Grande	Centro Integrado de Vigilância Toxicológica - CIVITOX de Campo Grande	6590047	SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE
9	MT	Cuiabá	Centro de Informação Antiveneno	2495015	Hospital Municipal de Cuiabá
9	PB	João Pessoa	Centro de Assistência Toxicológica - CEATOX de João Pessoa	2400243	Hospital Universitário Lauro Wanderley, Campus I
10	PB	Campina Grande	Centro de Informação e Assistência Toxicológica - CIAT	2362856	HOSPITAL REGIONAL DE EMERG TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
11	PA	Belém	Centro de Informações Toxicológicas - CIT de Belém	2332981	HOSPITAL UNIVERSITARIO JOAO DE BARROS BARRETO
12	PE	Recife	Centro de Assistência Toxicológica de Pernambuco - CEATOX - PE	6916279	CEATOX CENTRO DE ASSISTENCIA TOXICOLOGICA
13	PE	Teresina	Centro de Informações Toxicológicas - CITOX de Teresina	6300049	SECRETARIA ESTADUAL DA SAUDE DO PIAUI SEDE
14	PR	Curitiba	Centro de Controle de Envenenamentos - CCE de Curitiba	2384299	Hospital de Clínicas
15	PR	Londrina	Centro de Informações Toxicológicas - CIT de Londrina	2781859	HOSPITAL UNIVERSITARIO REGIONAL DO NORTE DO PARANA
16	PR	Maringá	Centro de Controle de Intoxicações - CCI de Maringá	2587335	HOSPITAL UNIVERSITARIO REGIONAL DE MARINGA

17	RJ	Niterói	Centro de Controle de Intoxicações - CCI de Niterói	12505	HOSPITAL UNIVERSITARIO ANTONIO PEDRO
18	RN	Natal	Centro de Assistência Toxicológica - CEATOX Natal	5672465	SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE PUBLICA DO RN
19	RS	Porto Alegre	Centro de Informação Toxicológica - CIT do Rio Grande do Sul	2792907	Secretaria Estadual de Saúde
20	SC	Florianópolis	Centro de Informações Toxicológicas - CIT de Santa Catarina	7276702	CIT CENTRO DE INFORMACOES TOXICOLOGICAS DE SANTA CATARINA
21	SP	São Paulo	Centro de Controle de Intoxicações - CCI de São Paulo	2081970	Hospital Municipal Dr. Artur Ribeiro de Saboya
22	SP	São Paulo	Centro de Assistência Toxicológica - CEATOX do Instituto da Criança do HCFMUSP	2078015	HC DA FMUSP HOSPITAL DAS CLINICAS SAO PAULO
23	SP	Campinas	Centro de Controle de Intoxicações - CCI de Campinas	2079798	HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNICAMP DE CAMPINAS
24	SP	Botucatu	Centro de Assistência Toxicológica - CEATOX de Botucatu	2748223	HOSPITAL DAS CLINICAS DE BOTUCATU
25	SP	Ribeirão Preto	Centro de Controle de Intoxicações - CCI de Ribeirão Preto	2082187	HOSPITAL DAS CLINICAS FAEPA RIBEIRAO PRETO
26	SP	São José do Rio Preto	Centro de Assistência Toxicológica - CEATOX de São José do Rio Preto	2077396	HOSPITAL DE BASE DE SAO JOSE DO RIO PRETO
27	SP	São José dos Campos	Centro de Controle de Intoxicação - CCI de São José dos Campos	9628	HOSPITAL MUNICIPAL DR JOSE DE CARVALHO FLORENCE
28	SP	Santos	Centro de Controle de Intoxicações - CCI de Santos	2079720	Hospital Guilherme Álvaro
29	SP	Taubaté	Centro de Controle de Intoxicações - CCI de Taubaté	2033240	DEPARTAMENTO DE SAUDE
30	SE	Aracaju	Centro de Informação Toxicológica - CIATOX de Sergipe	2816210	HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

ANEXO 18 DO ANEXO III

FORMULÁRIO PARA VISTORIA DO GESTOR - NORMAS DE CLASSIFICAÇÃO E HABILITAÇÃO DE CENTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA TIPO I AOS PACIENTES COM AVC (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Anexo 1)

FORMULÁRIO PARA VISTORIA DO GESTOR

NORMAS DE CLASSIFICAÇÃO E HABILITAÇÃO DE CENTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA TIPO I AOS PACIENTES COM AVC

(deve ser preenchido e assinado pelo Gestor)

(esse formulário não deve ser modificado e/ou substituído)

NOME DA INSTITUIÇÃO: _____

CNES: _____

TIPO DE PRESTADOR (NATUREZA):

☐ Federal

☐ Estadual

☐ Municipal

☐ Filantrópico

☐ Privado

ENDEREÇO: _____

MUNICÍPIO: _____

ESTADO: _____ CEP: _____

TELEFONE: _____ FAX: _____

E-MAIL: _____

DIRETOR TÉCNICO: _____

Tipos de Assistência:

☐ Ambulatorial

☐ Internação

☐ Urgência/Emergência de porta aberta

1. Registro das Informações do Paciente:

a) 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. O Centro de Atendimento de Urgência Tipo I aos Pacientes com AVC dispõe dos seguintes critérios:

a) realiza atendimento de urgência vinte e quatro horas por dia, todos os dias da semana, inclusive finais de semana;

() Sim () Não

b) realiza exame de tomografia computadorizada de crânio nas vinte e quatro horas do dia;

() Sim () Não

c) dispõe de equipe treinada em urgência para atendimento aos pacientes com AVC, composta por médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e coordenada por neurologista com título de especialista em neurologia reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) ou Conselho Regional de Medicina (CRM) ou residência médica em Neurologia reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC);

() Sim () Não

d) disponibiliza protocolos clínicos e assistenciais escritos;

() Sim () Não

e) fornece cobertura de atendimento neurológico, disponível em até trinta minutos da admissão do paciente (plantão presencial ou sobreaviso à distância ou suporte neurológico especializado por meio da telemedicina/telessaúde);

() Sim () Não

f) possui leitos monitorados para o atendimento ao AVC agudo, com médico vinte e quatro horas por dia e equipe treinada para o atendimento, podendo ser no serviço de urgência ou Unidade de Terapia Intensiva (UTI);

() Sim () Não

g) possui UTI;

() Sim () Não

h) realiza serviço de laboratório clínico em tempo integral;

() Sim () Não

i) dispõe de equipe neurocirúrgica própria vinte e quatro horas (presencial ou disponível em até duas horas) ou referenciada (disponível em até duas horas); e

() Sim () Não

j) realiza tratamento hemoterápico para possíveis complicações hemorrágicas.

() Sim () Não

3. Possui Alvará de Funcionamento.

() Sim () Não

Data de Emissão: ____ / ____ / ____

4. O Centro de Atendimento de Urgência Tipo I aos Pacientes com AVC participa da Linha de Cuidados em AVC constante do Plano de Ação Regional da RUE, por indicação do grupo condutor da RUE, realizando ações que permitam sua plena integração com os outros pontos de atenção, nos termos do documento base da referida linha de cuidados, de modo a garantir o cuidado integral e de qualidade aos pacientes com acidente vascular cerebral.

() Sim () Não

5. Adoção de protocolos clínicos, assistenciais e de procedimentos administrativos de acordo com a Linha de Cuidados em AVC.

() Sim () Não

INTERESSE DO GESTOR ESTADUAL NO CREDENCIAMENTO:

De acordo com vistoria realizada in loco, a Instituição cumpre com os requisitos da Portaria nº 665/GM/MS, de 12 de abril, de 2012, para o(s) credenciamento(s) solicitado(s).

() Sim () Não

DATA: ____ / ____ / ____

CARIMBO E ASSINATURA DO GESTOR:

Gestor Municipal

Gestor Estadual

ANEXO 19 DO ANEXO III

FORMULÁRIO PARA VISTORIA DO GESTOR - NORMAS DE CLASSIFICAÇÃO E HABILITAÇÃO DE CENTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA TIPO II AOS PACIENTES COM AVC (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Anexo 2)

FORMULÁRIO PARA VISTORIA DO GESTOR

NORMAS DE CLASSIFICAÇÃO E HABILITAÇÃO DE CENTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA TIPO II AOS PACIENTES COM AVC

(deve ser preenchido e assinado pelo Gestor)

(esse formulário não deve ser modificado e/ou substituído)

NOME DA INSTITUIÇÃO: _____

CNES: _____

TIPO DE PRESTADOR (NATUREZA):

- ☐ Federal
☐ Estadual
☐ Municipal
☐ Filantrópico
☐ Privado

ENDEREÇO: _____

MUNICÍPIO: _____

ESTADO: _____ CEP: _____ TELEFONE: _____ FAX: _____

E-MAIL: _____

DIRETOR TÉCNICO: _____

Tipos de Assistência:

- ☐ Ambulatorial
☐ Internação
☐ Urgência/Emergência de porta aberta

1. Registro das Informações do Paciente:

a) 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. O Centro de Atendimento de Urgência Tipo II aos Pacientes com AVC dispõe dos seguintes critérios:

a) realiza atendimento de urgência vinte e quatro horas por dia, todos os dias da semana, inclusive finais de semana;

☐ Sim ☐ Não

b) realiza exame de tomografia computadorizada de crânio nas vinte e quatro horas do dia;

☐ Sim ☐ Não

c) disponibiliza protocolos clínicos e assistenciais escritos;

☐ Sim ☐ Não

d) possui UTI;

☐ Sim ☐ Não

e) realiza serviço de laboratório clínico em tempo integral;

☐ Sim ☐ Não

f) dispõe de equipe neurocirúrgica própria vinte e quatro horas (presencial ou disponível em até duas horas) ou referenciada (disponível em até duas horas); e

☐ Sim ☐ Não

g) disponibilidade de trombolítico conforme PCDT específico;

☐ Sim ☐ Não

h) realiza tratamento hemoterápico para possíveis complicações hemorrágicas;

☐ Sim ☐ Não

i) unidade de Cuidado Agudo ao AVC;

☐ Sim ☐ Não

j) garantir que o tratamento de fase aguda seja coordenado por neurologista;

☐ Sim ☐ Não

k) oferta os seguintes procedimentos:

I - Eletrocardiograma (ECG);

☐ Sim ☐ Não

II - Serviço de laboratório clínico em tempo integral; e

☐ Sim ☐ Não

III - Serviço de radiologia.

☐ Sim ☐ Não

l) garantia do acesso, por intermédio de termo de compromisso, nos termos do anexo IV a esta Portaria, aos seguintes procedimentos:

I - Ultrassonografia doppler colorido de vasos (exame de doppler de artérias cervicais);

☐ Sim ☐ Não

II - Ecocardiografia (ecocardiograma) transtorácico e transesofágico;

☐ Sim ☐ Não

III - Angiografia;

☐ Sim ☐ Não

IV - Ressonância magnética;

☐ Sim ☐ Não

V - Angioressonância;

☐ Sim ☐ Não

VI - Ecodoppler transcraniano; e

☐ Sim ☐ Não

VII - Neuroradiologia intervencionista.

☐ Sim ☐ Não

3. A Unidade de Cuidado Agudo ao AVC, dos Centros de Atendimento de Urgência Tipo II aos Pacientes com AVC, dispõe dos seguintes critérios:

a) Mínimo de 5 (cinco) leitos.

☐ Sim ☐ Não

Número de leitos: _____

3.1. Recursos Humanos

a) a unidade conta com um responsável técnico neurologista, com título de especialista em neurologia reconhecido pelo CFM ou CRM ou residência médica em Neurologia reconhecida pelo MEC;

☐ Sim ☐ Não

Médico: _____

Especialidade: _____ CFM/CRM: _____

b) a unidade conta com um médico vinte e quatro horas por dia;

☐ Sim ☐ Não

c) a unidade conta com um enfermeiro vinte e quatro horas por dia;

☐ Sim ☐ Não

d) a unidade conta com um técnico de enfermagem exclusivo para cada quatro leitos, vinte e quatro horas por dia;

☐ Sim ☐ Não

e) a unidade conta com suporte diário de fisioterapeuta;

☐ Sim ☐ Não

f) a unidade conta com suporte diário de fonoaudiólogo; e

☐ Sim ☐ Não

g) a unidade conta com suporte de neurologista, vinte e quatro horas por dia, sete dias por semana, inclusive feriados.

☐ Sim ☐ Não

3.2 Recursos Materiais

a) camas Hospitalares com grades laterais, correspondente ao número de leitos habilitados;

☐ Sim ☐ Não

b) 1 estetoscópio/leito;

☐ Sim ☐ Não

c) pelo menos dois equipamentos para infusão contínua e controlada de fluidos ("bomba de infusão") para cada leito, com reserva operacional de um equipamento para cada três leitos;

☐ Sim ☐ Não

d) pontos de oxigênio e ar comprimido medicinal com válvulas reguladoras de pressão e pontos de vácuo para cada leito;

☐ Sim ☐ Não

e) materiais para aspiração;

☐ Sim ☐ Não

f) kit, por unidade, para atendimento às emergências contendo medicamentos e os seguintes materiais: equipamentos para ressuscitação respiratória manual do tipo balão autinflável, com reservatório e máscara facial (ambu); cabos e lâminas de laringoscópio; tubos/cânulas endotraqueais; tubos/cânulas endotraqueais; fixadores de tubo endotraqueal; cânulas de Guedel e fio guia estéril;

☐ Sim ☐ Não

g) um equipamento desfibrilador/cardioversor por unidade;

☐ Sim ☐ Não

h) um eletrocardiógrafo portátil por unidade;

☐ Sim ☐ Não

i) um equipamento para aferição de glicemia capilar, específico para uso hospitalar por unidade;

☐ Sim ☐ Não

j) uma maca para transporte, com grades laterais, suporte para soluções parenterais e suporte para cilindro de oxigênio para cada 5 (cinco) leitos;

☐ Sim ☐ Não

k) cilindro transportável de oxigênio;

() Sim () Não

l) uma máscara facial com diferentes concentrações de oxigênio para cada três leitos; e

() Sim () Não

m) um monitor de beira de leito para monitorização contínua de frequência cardíaca, cardioscopia, oximetria de pulso e pressão não invasiva, frequência respiratória e temperatura, para cada leito.

() Sim () Não

4. Possui Alvará de Funcionamento.

() Sim () Não

Data de Emissão: ____/____/____

5. Adoção de protocolos clínicos, assistenciais e de procedimentos administrativos de acordo com a Linha de Cuidados em AVC.

() Sim () Não

INTERESSE DO GESTOR ESTADUAL NO CREDENCIAMENTO:

De acordo com vistoria realizada in loco, a Instituição cumpre com os requisitos da Portaria nº 665/GM/MS, de 12 de abril, de 2012, para o(s) credenciamento(s) solicitado(s).

() Sim () Não

DATA : ____/____/____

CARIMBO E ASSINATURA DO GESTOR

Gestor Municipal

Gestor Estadual

ANEXO 20 DO ANEXO III

FORMULÁRIO PARA VISTORIA DO GESTOR - NORMAS DE CLASSIFICAÇÃO E HABILITAÇÃO DE CENTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA TIPO III AOS PACIENTES COM AVC (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Anexo 3)

FORMULÁRIO PARA VISTORIA DO GESTOR

NORMAS DE CLASSIFICAÇÃO E HABILITAÇÃO DE CENTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA TIPO III AOS PACIENTES COM AVC

(deve ser preenchido e assinado pelo Gestor)

(esse formulário não deve ser modificado e/ou substituído)

NOME DA INSTITUIÇÃO: _____

CNES: _____

TIPO DE PRESTADOR (NATUREZA):

() Federal

() Estadual

() Municipal

() Filantrópico

() Privado

ENDEREÇO: _____

MUNICÍPIO: _____

ESTADO: ____ CEP: _____

TELEFONE: _____ FAX: _____

E-MAIL: _____

DIRETOR TÉCNICO: _____

Tipos de Assistência:

() Ambulatorial

() Internação

() Urgência/Emergência de porta aberta

1. Registro das Informações do Paciente:

a) 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. O Centro de Atendimento de Urgência Tipo III aos Pacientes com AVC dispõe dos seguintes critérios:

a) realiza atendimento de urgência vinte e quatro horas por dia, todos os dias da semana, inclusive finais de semana;

() Sim () Não

b) realiza exame de tomografia computadorizada de crânio nas vinte e quatro horas do dia;

() Sim () Não

c) disponibiliza protocolos clínicos e assistenciais escritos;

() Sim () Não

d) possui UTI;

() Sim () Não

e) realiza serviço de laboratório clínico em tempo integral;

() Sim () Não

f) dispõe de equipe neurocirúrgica própria vinte e quatro horas (presencial ou disponível em até duas horas) ou referenciada (disponível em até duas horas); e

() Sim () Não

g) disponibilidade de trombolítico conforme PCDT específico;

() Sim () Não

h) realiza tratamento hemoterápico para possíveis complicações hemorrágicas;

() Sim () Não

i) unidade de Cuidado Integral ao AVC;

() Sim () Não

j) ambulatório especializado próprio ou referenciado;

() Sim () Não

k) garantir que o tratamento de fase aguda seja coordenado por neurologista;

() Sim () Não

l) dispõe de equipe neurocirúrgica própria vinte e quatro horas (presencial ou disponível em até duas horas) ou referenciada (disponível em até duas horas); e

() Sim () Não

m) oferta os seguintes procedimentos:

I - Eletrocardiograma (ECG);

() Sim () Não

II - Serviço de laboratório clínico em tempo integral; e

() Sim () Não

III - Serviço de radiologia.

() Sim () Não

n) Garantia do acesso, por intermédio de termo de compromisso, nos termos do anexo IV a esta Portaria, aos seguintes procedimentos:

I - Ultrassonografia doppler colorido de vasos (exame de doppler de artérias cervicais);

() Sim () Não

II - Ecocardiografia (ecocardiograma) transtorácico e transesofágico;

() Sim () Não

III - Angiografia;

() Sim () Não

IV - Ressonância magnética;

() Sim () Não

V - Angioressonância;

() Sim () Não

VI - Ecodoppler transcraniano; e

() Sim () Não

VII - Neuroradiologia intervencionista.

() Sim () Não

3. A Unidade de Cuidado Integral ao AVC, dos Centros de Atendimento de Urgência Tipo III aos Pacientes com AVC, dispõe dos seguintes critérios:

a) Mínimo de 10 (dez) leitos.

() Sim () Não

Número de leitos: _____

3.1 Recursos humanos:

a) 1 (um) responsável técnico neurologista com título de especialista em neurologia reconhecido pelo CFM ou CRM ou residência médica em Neurologia reconhecida pelo MEC;

Médico: _____

Especialidade: _____ CFM/CRM: _____

b) um médico, vinte e quatro horas por dia;

c) suporte de neurologista, vinte e quatro horas por dia, sete dias por semana, inclusive feriados;

d) um enfermeiro exclusivo na unidade;

- e) um técnico de enfermagem para cada quatro leitos;
- f) um fisioterapeuta para cada dez leitos, seis horas por dia;
- g) um fonoaudiólogo para cada dez leitos, seis horas por dia;
- h) um terapeuta ocupacional para cada dez leitos, seis horas por dia;
- i) um assistente social, seis horas por dia, de segunda a sexta-feira;
- j) suporte de psicólogo, nutricionista e farmacêutico na instituição;

3.2 Recursos Materiais:

- a) camas hospitalares com grades laterais, correspondente ao número de leitos habilitados;

() Sim () Não

- b) um estetoscópio por leito;

() Sim () Não

- c) dois equipamentos para infusão contínua e controlada de fluidos ("bomba de infusão") para cada leito, com reserva operacional de um equipamento para cada três leitos;

() Sim () Não

- d) cinquenta por cento dos leitos com capacidade para monitoração contínua de frequência respiratória, oximetria de pulso, frequência cardíaca, eletrocardiografia, temperatura, pressão arterial não-invasiva;

() Sim () Não

- e) pontos de oxigênio e ar comprimido medicinal com válvulas reguladoras de pressão e pontos de vácuo para cada leito;

() Sim () Não

- f) uma máscara facial que permite diferentes concentrações de oxigênio para cada cinco leitos;

() Sim () Não

- g) materiais para aspiração;

() Sim () Não

- h) um eletrocardiógrafo portátil por unidade;

() Sim () Não

- i) kit, por unidade, para atendimento às emergências contendo medicamentos e os seguintes materiais:

- i. equipamentos para ressuscitação respiratória manual do tipo balão autoinflável, com reservatório e máscara facial (ambu);

() Sim () Não

- ii. cabos e lâminas de laringoscópio;

() Sim () Não

- iii. tubos/cânulas endotraqueais;

() Sim () Não

- iv. fixadores de tubo endotraqueal;

() Sim () Não

- v. cânulas de Guedel; e

() Sim () Não

- vi. fio guia estéril;

() Sim () Não

- j) um equipamento desfibrilador/cardioversor por unidade;

() Sim () Não

- l) um equipamento para aferição de glicemia capilar, específico por unidade;

() Sim () Não

- m) uma maca para transporte, com grades laterais, suporte para soluções parenterais e suporte para cilindro de oxigênio para cada dez leitos; e

() Sim () Não

- n) cilindro transportável de oxigênio.

() Sim () Não

3.3 A Unidade de Cuidado Integral ao AVC monitora e registra os indicadores de segurança e qualidade (assistenciais e de processo):

- I - profilaxia para trombose venosa profunda iniciada até o segundo dia;

() Sim () Não

- II - alta hospitalar em uso de antiagregante plaquetário em pacientes com AVC não cardioembólico, salvo situações específicas que dependam da análise do quadro clínico do paciente;

() Sim () Não

- III - alta hospitalar em uso de anticoagulação oral para pacientes com Fibrilação Atrial (FA) ou "Flutter", salvo contraindicações;

() Sim () Não

- IV - uso de antiagregantes plaquetários, quando indicado, iniciado até o segundo dia de internação;

() Sim () Não

V - alta hospitalar em uso de estatina para pacientes com AVC aterotrombótico, salvo contraindicações;

() Sim () Não

VI - alta hospitalar com plano de terapia profilática e de reabilitação;

() Sim () Não

VII - porcentagem de pacientes com doença cerebrovascular aguda atendidos na Unidade de AVC;

() Sim () Não

VIII - o tempo de permanência hospitalar do paciente acometido por AVC visando redução do mesmo;

() Sim () Não

IX - as seguintes complicações: trombose venosa profunda, úlcera de pressão, pneumonia, infecção do trato urinário;

() Sim () Não

X - CID-10 específico do tipo de AVC à alta hospitalar;

() Sim () Não

XI - mortalidade hospitalar por AVC, visando redução da mesma;

() Sim () Não

XII - tempo porta-tomografia < 25 minutos; e

() Sim () Não

XIII - tempo porta-agulha < 60 minutos.

() Sim () Não

4. Possui Alvará de Funcionamento.

() Sim () Não

Data de Emissão: ____/____/____

5. Adoção de protocolos clínicos, assistenciais e de procedimentos administrativos de acordo com a Linha de Cuidados em AVC.

() Sim () Não

INTERESSE DO GESTOR ESTADUAL NO CREDENCIAMENTO:

De acordo com vistoria realizada in loco, a Instituição cumpre com os requisitos da Portaria nº 665/GM/MS, de 12 de abril, de 2012, para o(s) credenciamento(s) solicitado(s).

() Sim () Não

DATA : ____/____/____

CARIMBO E ASSINATURA DO GESTOR:

Gestor Municipal

Gestor Estadual

ANEXO 21 DO ANEXO III

MODELO TERMO DE COMPROMISSO (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Anexo 4)

MODELO

TERMO DE COMPROMISSO

Conforme disposto no art. 6º, inciso III, da Portaria nº 665/GM/MS, de 12 de abril de 2012 e da Portaria nº ____/GM/MS de ____ de ____ de 2014, a Secretaria de Saúde do Município de ____ e/ou a Secretaria de Saúde do Estado de ____ e do Distrito Federal assume a responsabilidade de garantir, seja por meio de serviços próprios ou contratados, o acesso aos seguintes procedimentos:

a) ultrassonografia doppler colorido de vasos (exame de doppler de artérias cervicais);

b) ressonância magnética;

c) angioressonância;

d) ecodoppler transcraniano;

e) neuroradiologia intervencionista;

f) ecocardiografia (ecocardiograma) transtorácico e transesofágico; e

g) angiografia;

Por ser verdade, firmo o presente.

CIDADE - UF, ____ de (mês) de (ano).

Nome Completo _____

(Assinatura do Gestor Municipal e/ou Estadual e do Distrito Federal c/ carimbo)

ANEXO 22 DO ANEXO III

SALA MULTIUSO PARA REABILITAÇÃO (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Anexo 1)

Sala Multiuso para Reabilitação

As Salas Multiuso de Reabilitação poderão ser de dois tipos:

Tipo I - sala alocada em Hospitais Gerais ou Especializados que tiver na sua Unidade de Cuidados Prolongados módulos de 15 a 25 leitos, com dimensão mínima de 35m².

Tipo II - sala alocada em Hospitais Especializados em Cuidados Prolongados (HCP) que contarem com a quantidade mínima de 40 leitos, com dimensão mínima de 75m².

De acordo com a ABNT e RDC50 (2002), ficam definidas as seguintes especificações para a ambiência da Sala Multiuso para Reabilitação:

- Sala Multiuso para Reabilitação Tipo I Área mínima: 35m²
- As portas deverão ter altura mínima de 1,80m e vão mínimo de 1,50 revestidas de material lavável
- A maçaneta deverá estar localizada entre 0,80 e 1,0m do solo.
- Os interruptores devem se situar entre 0,60 e 1,0m do solo.
- As tomadas devem se situar entre 0,40 e 1,0m do solo.

Piso: Liso (sem frestas), de fácil higienização e resistente aos processos de limpeza, descontaminação e desinfecção.

Parede: Lisa (sem frestas), de fácil higienização e resistente aos processos de limpeza, descontaminação e desinfecção.

Teto: deve ser resistente à lavagem e ao uso de desinfetantes.

Sala Multiuso para Reabilitação Tipo II

- Área mínima: 75m²
- As portas deverão ter altura mínima de 1,80m e vão mínimo de 1,50 revestidas de material lavável
- A maçaneta deverá estar localizada entre 0,80 e 1,0m do solo.
- Os interruptores devem se situar entre 0,60 e 1,0m do solo.
- As tomadas devem se situar entre 0,40 e 1,0m do solo.

Piso: Liso (sem frestas), de fácil higienização e resistente aos processos de limpeza, descontaminação e desinfecção.

Parede: Lisa (sem frestas), de fácil higienização e resistente aos processos de limpeza, descontaminação e desinfecção.

Teto: deve ser resistente à lavagem e ao uso de desinfetantes.

Especificações dos Equipamentos

EQUIPAMENTOS SALA MULTIUSO DE REABILITAÇÃO			
SALA TIPO II - 75m²	SALA TIPO I - 35m²		
EQUIPAMENTOS E MATERIAIS	QTDE.	EQUIPAMENTO E MATERIAIS	QTDE.
AMBU	2	AMBU	1
Andador (Adulto e Infantil)	2	Andador (Adulto e Infantil)	1
Armários	2	Armários	1
Aspirador de Secreção portátil	2	Aspirador de Secreção portátil	1
Barras Paralelas	1	Barras Paralelas	1
Bengala	2	Bengala	1
Cadeiras	10	Cadeiras	5
Cilindro de Oxigênio	1	Cilindro de Oxigênio	1
Escada Linear para Marcha (sem rampa)	1	Escada Linear para marcha (sem rampa)	1
Esfigmomanômetro	1	Esfigmomanômetro	1
Estetoscópio	1	Estetoscópio	1
FES	1	FES	1
Goniômetro	1	Goniômetro	1
Lanterna clínica	1	Lanterna clínica	1
Mesa Ortostática	1	Mesa ortostática	1
Par de Muletas	2	Par de Muletas	1
Mesa de reunião	1	Mesa de reunião	1
Mesas auxiliares	4	Mesas auxiliares	4
Mocho	2	Mocho	1
Nebulizador Portátil	1	Nebulizador Portátil	1
Oxímetro	1	Oxímetro	1
Prono-supinador	1	Prono-supinador	1
TENS estimulador Transcutâneo	1	TENS estimulador transcutâneo	1
Ultrassom para fisioterapia	1	Ultrassom para fisioterapia	1
Computador	2	Computador	1

ANEXO 23 DO ANEXO III

CRITÉRIOS PARA A ADEQUAÇÃO DE UMA UNIDADE DE SAÚDE EM HOSPITAL ESPECIALIZADO EM CUIDADOS PROLONGADOS - HCP (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Anexo 2)

CRITÉRIOS PARA A ADEQUAÇÃO DE UMA UNIDADE DE SAÚDE EM HOSPITAL ESPECIALIZADO EM CUIDADOS PROLONGADOS - HCP

A Adequação de uma Unidade de Saúde em Hospital Especializado em Cuidados Prolongados - HCP deverá cumprir os seguintes critérios:

Toda reforma ou ampliação na estrutura física da HCP deverá ser precedida de aprovação de projeto arquitetônico junto à autoridade sanitária local bem como do órgão municipal ou estadual competente. O HCP deverá atender aos requisitos de infraestrutura, previstas em normas pertinentes, normas específicas da ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas e normas da Agência Nacional de Vigilância

Sanitária - ANVISA.

O HCP deverá garantir a acessibilidade a todas as pessoas com dificuldade de locomoção segundo o estabelecido em legislação específica e atender minimamente às seguintes exigências específicas: Os corredores devem possuir no mínimo 1,50 m de largura para permitir o trânsito de duas cadeiras de rodas.

Os balcões de atendimento devem ser acessíveis a cadeirantes. Uma parte da superfície do balcão, com extensão de no mínimo 0,90 m, deve ter altura de no máximo 0,90 m. Deve possuir também altura livre inferior de no mínimo 0,73 m do piso e profundidade livre inferior de no mínimo 0,30 m.

As portas que dão acesso aos leitos devem ter vão livre mínimo de 0,80 m e altura mínima de 2,10 m. A maçaneta deverá estar localizada entre 0,80 m e 1 m do solo.

Os leitos devem contar com uma faixa livre de circulação com no mínimo 0,90 m de largura, prevendo área de manobras para o acesso ao sanitário, camas e armários. Deve haver pelo menos uma área com diâmetro de no mínimo 1,50 m que possibilite um giro de 360° com cadeira de rodas.

Pelo menos 5% dos leitos devem ser acessíveis a cadeirantes, com altura de 0,46m. Recomenda-se que outros 10% sejam adaptáveis. Os interruptores devem se situar entre 0,60 m e 1 m do solo. Já as tomadas, devem se situar entre 0,40 m e 1 m do solo.

Nos sanitários é necessária a instalação de dispositivo de sinalização de emergência ao lado da bacia e do boxe do chuveiro, a uma altura de 0,40 m do piso acabado, para acionamento em caso de queda.

Os boxes para bacia sanitária devem possuir dimensão mínima de 1,50 m (largura) X 1,70 m e devem garantir as áreas para transferência diagonal, lateral e perpendicular, bem como área de manobra para rotação de 180°. Deve ser instalado um lavatório dentro do boxe, em local que não interfira na área de transferência. Quando a porta instalada for do tipo de eixo vertical, ela deve abrir para o lado externo do boxe. Recomenda-se a instalação de ducha higiênica ao lado da bacia, dotada de registro de pressão para regulação da vazão.

As bacias sanitárias devem estar a uma altura, com o assento, entre 0,43 m e 0,46 m do piso acabado. O acionamento da descarga deve estar a uma altura de 1,00 m, do seu eixo ao piso acabado, e ser preferencialmente do tipo alavanca ou com mecanismos automáticos.

Os lavatórios devem ser suspensos, sendo que sua borda superior deve estar a uma altura de 0,78 m a 0,80 m do piso acabado e respeitando uma altura livre mínima de 0,73 m na sua parte inferior frontal. O sifão e a tubulação devem estar situados a no mínimo 0,25 m da face externa frontal e ter dispositivo de proteção do tipo coluna suspensa ou similar. Não é permitida a utilização de colunas até o piso ou gabinetes. As torneiras de lavatórios devem ser acionadas por alavanca, sensor eletrônico ou dispositivos equivalentes. Quando forem utilizados misturadores, estes devem ser preferencialmente de monocomando. O comando da torneira deve estar no máximo a 0,50 m da face externa frontal do lavatório. Devem ser instaladas barras de apoio junto ao lavatório, na altura do mesmo.

(*) Republicada por ter saído no DOU n- 237, de 10-12-2012, Seção 1, pág. 36, com incorreção no original.

ANEXO IV

Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (Origem: PRT MS/GM 483/2014)

Art. 1º Este Anexo define a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização de suas linhas de cuidado. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 1º)

CAPÍTULO I

DAS DIRETRIZES DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS

Seção I

Das Disposições Gerais

(Origem: PRT MS/GM 483/2014, CAPÍTULO I)

Art. 2º Para efeito deste Anexo, consideram-se doenças crônicas as doenças que apresentam início gradual, com duração longa ou incerta, que, em geral, apresentam múltiplas causas e cujo tratamento envolva mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que, usualmente, não leva à cura. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 2º)

Art. 3º São princípios da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas: (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 3º)

I - acesso e acolhimento aos usuários com doenças crônicas em todos os pontos de atenção; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 3º, I)

II - humanização da atenção, buscando-se a efetivação de um modelo centrado no usuário, baseado nas suas necessidades de saúde; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 3º, II)

III - respeito às diversidades étnico-raciais, culturais, sociais e religiosas e aos hábitos e cultura locais; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 3º, III)

IV - modelo de atenção centrado no usuário e realizado por equipes multiprofissionais; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 3º, IV)

V - articulação entre os diversos serviços e ações de saúde, constituindo redes de saúde com integração e conectividade entre os diferentes pontos de atenção; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 3º, V)

VI - atuação territorial, com definição e organização da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas nas regiões de saúde, a partir das necessidades de saúde das respectivas populações, seus riscos e vulnerabilidades específicas; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 3º, VI)

VII - monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços por meio de indicadores de estrutura, processo e desempenho que investiguem a efetividade e a resolutividade da atenção; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 3º, VII)

VIII - articulação interfederativa entre os diversos gestores de saúde, mediante atuação solidária, responsável e compartilhada; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 3º, VIII)

IX - participação e controle social dos usuários sobre os serviços; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 3º, IX)

X - autonomia dos usuários, com constituição de estratégias de apoio ao autocuidado; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 3º, X)

XI - equidade, a partir do reconhecimento dos determinantes sociais da saúde; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 3º, XI)

XII - formação profissional e educação permanente, por meio de atividades que visem à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde para qualificação do cuidado, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 3º, XII)

XIII - regulação articulada entre todos os componentes da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 3º, XIII)

Art. 4º São objetivos da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas: (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 4º)

I - realizar a atenção integral à saúde das pessoas com doenças crônicas, em todos os pontos de atenção, através da realização de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde; e (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 4º, I)

II - fomentar a mudança no modelo de atenção à saúde, por meio da qualificação da atenção integral às pessoas com doenças crônicas e da ampliação das estratégias para promoção da saúde da população e para prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 4º, II)

Art. 5º São objetivos específicos da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas: (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 5º)

I - ampliar o acesso dos usuários com doenças crônicas aos serviços de saúde; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 5º, I)

II - promover o aprimoramento da qualidade da atenção à saúde dos usuários com doenças crônicas, por meio do desenvolvimento de ações coordenadas pela atenção básica, contínuas e que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 5º, II)

III - propiciar o acesso aos recursos diagnósticos e terapêuticos adequados em tempo oportuno, garantindo-se a integralidade do cuidado, conforme a necessidade de saúde do usuário; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 5º, III)

IV - promover hábitos de vida saudáveis com relação à alimentação e à atividade física, como ações de prevenção às doenças crônicas; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 5º, IV)

V - ampliar as ações para enfrentamento dos fatores de risco às doenças crônicas, tais como o tabagismo e o consumo excessivo de álcool; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 5º, V)

VI - atuar no fortalecimento do conhecimento do usuário sobre suas doenças e ampliação da sua capacidade de autocuidado e autonomia; e (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 5º, VI)

VII - impactar positivamente nos indicadores relacionados às doenças crônicas. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 5º, VII)

Seção II

Das Competências das Esferas de Gestão
(Origem: PRT MS/GM 483/2014, CAPÍTULO II)

Art. 6º Compete ao Ministério da Saúde e às Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, em seus respectivos âmbitos de atuação: (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 6º)

I - garantir que todos os estabelecimentos de saúde que prestam atendimento às pessoas com doenças crônicas possuam infraestrutura e tecnologias adequadas, recursos humanos capacitados e qualificados, recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes, de maneira a garantir o cuidado necessário; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 6º, I)

II - garantir o financiamento tripartite para o cuidado integral das pessoas com doenças crônicas, de acordo com suas responsabilidades; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 6º, II)

III - promover a formação e a qualificação dos profissionais e dos trabalhadores de saúde de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 6º, III)

IV - utilizar os sistemas de informação vigentes para os cuidados prestados às pessoas com doenças crônicas, com a finalidade de obter informações que possibilitem o planejamento, o monitoramento, a avaliação, o controle e a regulação das ações realizadas, garantindo-se a interoperabilidade entre os sistemas; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 6º, IV)

V - adotar mecanismos de monitoramento, avaliação e auditoria com vistas à melhoria da qualidade das ações e dos serviços ofertados, considerando-se as especificidades dos estabelecimentos de saúde e suas responsabilidades; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 6º, V)

VI - elaborar e divulgar protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas para qualificar o cuidado das pessoas com doenças crônicas; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 6º, VI)

VII - elaborar, desenvolver estratégias de comunicação e disponibilizar publicações, materiais didáticos, informativos ou outros materiais de interesse da população e dos profissionais de saúde relacionados às doenças crônicas e seus fatores de risco; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 6º, VII)

VIII - estimular a participação popular e o controle social visando à contribuição na elaboração de estratégias para implantação das linhas de cuidado das doenças crônicas; e (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 6º, VIII)

IX - manter atualizado os dados dos profissionais e de serviços de saúde, de acordo com o respectivo nível de gestão, públicos e privados, que prestam serviço ao SUS, no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 6º, IX)

Art. 7º Compete ao Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 7º)

I - definir diretrizes gerais para estruturação das linhas de cuidado e organização da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 7º, I)

II - prestar apoio institucional às Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios no processo de consolidação e qualificação das ações voltadas à atenção às pessoas com doenças crônicas; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 7º, II)

III - realizar estudos no intuito de subsidiar e justificar a incorporação de novas tecnologias ou novos usos de tecnologias já existentes no SUS que possam ser utilizadas para qualificar o cuidado das pessoas com doenças crônicas; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 7º, III)

IV - efetuar a habilitação dos estabelecimentos de saúde que realizam ações de atenção às pessoas com doenças crônicas, quando couber, de acordo com critérios técnicos estabelecidos em Portarias específicas; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 7º, IV)

V - desenvolver e disponibilizar sistemas de informação para os cuidados prestados às pessoas com doenças crônicas, com a finalidade de obter informações que possibilitem o planejamento, o monitoramento, a avaliação, o controle e a regulação das ações realizadas, garantindo-se a interoperabilidade entre os sistemas; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 7º, V)

VI - garantir o acesso aos insumos e medicamentos de compra centralizada, necessários para o tratamento das doenças crônicas de acordo com a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e de acordo com o disposto em legislações específicas, no que couber; e (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 7º, VI)

VII - publicar documentos de apoio para a organização local das linhas de cuidado e para a elaboração de diretrizes clínicas regionais. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 7º, VII)

Art. 8º Compete às Secretarias de Saúde dos Estados: (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 8º)

I - prestar apoio institucional às Secretarias de Saúde dos Municípios no processo de qualificação e de consolidação das ações voltadas à atenção às pessoas com doenças crônicas; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 8º, I)

II - realizar a articulação interfederativa para pactuação de ações e de serviços em âmbito regional ou inter-regional para garantia da equidade e da integralidade do cuidado; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 8º, II)

III - definir estratégias de articulação com as Secretarias Municipais de Saúde do seu Estado com vistas ao desenvolvimento de planos de ação regionais para elaboração das linhas de cuidado; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 8º, III)

IV - acompanhar e apoiar a organização e a implementação regional das linhas de cuidado que irão compor a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, considerando todos os pontos de atenção, bem como os sistemas logísticos e de apoio necessários para garantir o acesso às ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos para o cuidado das pessoas com doenças crônicas; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 8º, IV)

V - organizar a referência e a contrarreferência estaduais e regionais por meio da regulação com definição de critérios e do fluxo dos usuários entre os pontos de atenção da rede, de acordo com as necessidades de saúde dos usuários; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 8º, V)

VI - garantir o acesso aos insumos e medicamentos necessários para o tratamento das doenças crônicas de acordo com a RENAME e de acordo com o disposto em legislações específicas, no que couber; e (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 8º, VI)

VII - apoiar e organizar a implantação de sistemas de informação vigentes, disponibilizados pelo Ministério da Saúde, nos Municípios, e apoiar a utilização dos sistemas. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 8º, VII)

Art. 9º Compete às Secretarias de Saúde dos Municípios: (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 9º)

I - planejar e programar as ações e os serviços necessários para o cuidado das pessoas com doenças crônicas, considerando-se os serviços disponíveis, a base territorial, o perfil e as necessidades de saúde locais; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 9º, I)

II - organizar as linhas de cuidado que irão compor a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, considerando todos os pontos de atenção, bem como os sistemas logísticos e de apoio necessários para garantir o acesso às ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos para o cuidado das pessoas com doenças crônicas; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 9º, II)

III - pactuar as linhas de cuidado com os Municípios da respectiva região de saúde, garantindo a oferta de cuidado integral às pessoas com doenças crônicas; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 9º, III)

IV - organizar e pactuar as diretrizes, o fluxo e a regulação intra e intermunicipal das ações e dos serviços da rede de atenção à saúde, visando à garantia do acesso dos usuários, de acordo com suas necessidades; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 9º, IV)

V - implantar sistemas de informação, disponibilizados pelo Ministério da Saúde ou desenvolvidos localmente, quando couber, e contribuir para sua utilização de forma a obter registros dos dados relativos ao cuidado das pessoas com doenças crônicas atendidas nos serviços de saúde que estão sob responsabilidade do Município; e (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 9º, V)

VI - garantir o acesso aos insumos e medicamentos necessários para o tratamento das doenças crônicas de acordo com a RENAME e de acordo com o disposto em legislações específicas, no que couber. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 9º, VI)

Art. 10. Aplica-se à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal o disposto nos arts. 8º e 9º do Anexo IV. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 10)

Seção III

Dos Componentes

(Origem: PRT MS/GM 483/2014, CAPÍTULO III)

Art. 11. A Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas é estruturada pelos seguintes componentes: (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 11)

I - Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 11, I)

II - Atenção Especializada, que se divide em: (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 11, II)

a) ambulatorial especializado; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 11, II, a)

b) hospitalar; e (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 11, II, b)

c) urgência e emergência; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 11, II, c)

III - Sistemas de Apoio; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 11, III)

IV - Sistemas Logísticos; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 11, IV)

V - Regulação; e (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 11, V)

VI - Governança. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 11, VI)

Art. 12. A Atenção Básica constitui-se como o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, com papel chave na sua estruturação como ordenadora e coordenadora do cuidado, com a responsabilidade de realizar o cuidado integral e contínuo da população que está sob sua responsabilidade e de ser a porta de entrada prioritária para organização do cuidado. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 12)

Parágrafo Único. Além do disposto no art. 21, compete à Atenção Básica: (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 12, Parágrafo Único)

I - realizar o diagnóstico, o rastreamento e o tratamento da sua população adstrita de acordo com os protocolos e as diretrizes clínicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde ou elaboradas pelo nível local; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 12, Parágrafo Único, I)

II - prevenir, diagnosticar e tratar precocemente as possíveis complicações decorrentes das doenças crônicas; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 12, Parágrafo Único, II)

III - encaminhar para a Atenção Especializada os casos diagnosticados para procedimentos clínicos ou cirúrgicos em função de complicações decorrentes das doenças crônicas, ou quando esgotadas as possibilidades terapêuticas na Atenção Básica, com base no controle dos fatores de risco e no acometimento de órgãos alvo, ou de acordo com diretrizes clínicas, regulação e pactuação locais, considerando-se as necessidades individuais; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 12, Parágrafo Único, III)

IV - coordenar o cuidado das pessoas com doenças crônicas, mesmo quando referenciadas para outros pontos da Rede de Atenção à Saúde; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 12, Parágrafo Único, IV)

V - acionar a Academia da Saúde e/ou outros equipamentos disponíveis no território como forma de contribuir para o cuidado das pessoas com doenças crônicas, de acordo com as necessidades identificadas; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 12, Parágrafo Único, V)

VI - acionar as ferramentas de teleassistência, de teleeducação e regulação vigentes ou outra estratégia local, sempre que necessário, para qualificar a atenção prestada e o eventual direcionamento da demanda dos usuários com doenças crônicas aos demais componentes da Rede de Atenção à Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 12, Parágrafo Único, VI)

VII - realizar ações de promoção da saúde e de prevenção das doenças crônicas de forma intersetorial e com participação popular, considerando os fatores de risco mais prevalentes na população. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 12, Parágrafo Único, VII)

Art. 13. A Atenção Especializada constitui um conjunto de pontos de atenção com diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações e serviços de urgência e emergência e ambulatoriais especializados e

hospitais, apoiando e complementando os serviços da Atenção Básica de forma resolutiva e em tempo oportuno. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 13)

Art. 14. O subcomponente ambulatorial especializado da Atenção Especializada constitui um conjunto de ações e serviços eletivos de média e alta densidade tecnológica, com a finalidade de propiciar a continuidade do cuidado. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 14)

Parágrafo Único. Além do disposto no art. 21, compete ao subcomponente ambulatorial especializado da Atenção Especializada: (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 14, Parágrafo Único)

I - atuar de forma territorial, sendo referência para uma população definida, a partir do perfil epidemiológico das doenças crônicas e das necessidades de saúde da população de cada região, considerando-se os conceitos de escala, no que se refere à economia e à qualidade do cuidado; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 14, Parágrafo Único, I)

II - prestar assistência ambulatorial eletiva de média e alta densidade tecnológica, de forma multiprofissional, a sua população adstrita que se enquadra nos critérios de encaminhamento para esse ponto de atenção, de acordo com os protocolos e as diretrizes clínicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde ou elaboradas pelo nível local ou regional; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 14, Parágrafo Único, II)

III - prestar apoio matricial às equipes da Atenção Básica, presencialmente ou por meio das ferramentas de teleassistência e de teleeducação vigentes ou de outras estratégias locais, dedicando parte da carga horária dos profissionais especificamente para essas ações; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 14, Parágrafo Único, III)

IV - realizar contrarreferência em casos de alta para os serviços de Atenção Básica, bem como comunicar periodicamente os Municípios e as equipes de saúde acerca dos usuários que estão em acompanhamento; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 14, Parágrafo Único, IV)

V - orientar o usuário com relação ao retorno à Atenção Básica e/ ou ao acompanhamento neste ponto de atenção, quando necessário; e (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 14, Parágrafo Único, V)

VI - encaminhar para o subcomponente hospitalar da Atenção Especializada os casos diagnosticados para procedimentos clínicos ou cirúrgicos de diagnósticos ou internação, em função de complicações decorrentes das doenças crônicas, quando esgotadas as possibilidades terapêuticas no subcomponente ambulatorial especializado da Atenção Especializada. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 14, Parágrafo Único, VI)

Art. 15. O subcomponente hospitalar da Atenção Especializada constitui o ponto de atenção estratégico voltado para as internações eletivas e/ou de urgência de pacientes agudos ou crônicos agudizados. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 15)

Parágrafo Único. Além do disposto no art. 21, compete ao subcomponente hospitalar da Atenção Especializada: (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 15, Parágrafo Único)

I - realizar avaliação e tratamento dos casos referenciados pela Atenção Básica ou pelo subcomponente ambulatorial especializado da Atenção Especializada para procedimentos clínicos ou cirúrgicos de diagnósticos ou internação e tratamento das complicações decorrentes das doenças crônicas; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 15, Parágrafo Único, I)

II - prestar cuidado integral e multiprofissional às internações eletivas ou de urgência de pessoas com doenças crônicas, encaminhadas ou não de outro ponto de atenção, conforme os protocolos e as diretrizes clínicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde ou elaboradas pelo nível local ou regional; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 15, Parágrafo Único, II)

III - programar alta hospitalar com a participação da equipe multiprofissional, realizando orientações com foco no autocuidado; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 15, Parágrafo Único, III)

IV - realizar contrarreferência e orientar o retorno dos usuários, em casos de alta, para os serviços da Atenção Básica e/ou do subcomponente ambulatorial especializado da Atenção Especializada, bem como comunicar periodicamente os Municípios e as equipes de saúde acerca dos usuários que estão em acompanhamento; e (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 15, Parágrafo Único, IV)

V - prestar apoio matricial às equipes de Atenção Básica, presencialmente ou por meio das ferramentas de teleassistência e de teleeducação vigentes ou de outras estratégias locais, dedicando parte da carga horária dos profissionais especificamente para essas ações. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 15, Parágrafo Único, V)

Art. 16. O subcomponente de urgência e emergência da Atenção Especializada constitui o conjunto de ações e serviços voltados aos usuários que necessitam de cuidados imediatos nos diferentes pontos de atenção, inclusive de acolhimento aos pacientes que apresentam agudização das condições crônicas. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 16)

Parágrafo Único. Compete ao subcomponente urgência e emergência da Atenção Especializada: (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 16, Parágrafo Único)

I - prestar assistência e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até o encaminhamento dos indivíduos com complicações agudas decorrentes das doenças crônicas a outros pontos de atenção, quando necessário, com a implantação de acolhimento e classificação de riscos e vulnerabilidades; e (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 16, Parágrafo Único, I)

II - realizar referência ou contrarreferência para os demais pontos de atenção à saúde, de acordo com cada caso. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 16, Parágrafo Único, II)

Art. 17. Os Sistemas de Apoio constituem sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, tais como patologia clínica e imagens e de assistência farmacêutica. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 17)

Parágrafo Único. Compete aos Sistemas de Apoio: (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 17, Parágrafo Único)

I - realizar apoio diagnóstico e terapêutico das solicitações provenientes de todos os pontos de atenção, de acordo com as pactuações locais ou regionais definidas com base nos protocolos e nas diretrizes clínicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde ou elaboradas pelo nível local ou regional; e (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 17, Parágrafo Único, I)

II - prestar assistência farmacêutica necessária ao tratamento clínico das pessoas com doenças crônicas, considerando-se a forma de organização da gestão local e regional, as necessidades de saúde locais e a RENAME. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 17, Parágrafo Único, II)

Art. 18. Os Sistemas Logísticos constituem soluções em saúde, em geral relacionadas às tecnologias de informação, integradas pelos sistemas de identificação e de acompanhamento dos usuários, o registro eletrônico em saúde, os sistemas de transporte sanitários e os sistemas de informação em saúde. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 18)

Parágrafo Único. Compete aos Sistemas Logísticos: (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 18, Parágrafo Único)

I - operacionalizar a implementação de sistemas de informação que permitam o acompanhamento do cuidado, a gestão de casos, o apoio às decisões clínicas e a regulação do acesso aos serviços da Atenção Especializada, assim como o monitoramento e a avaliação das ações e serviços; e (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 18, Parágrafo Único, I)

II - organizar sistema de transporte sanitário, por meio de pactuações nas Comissões Intergestores Regionais (CIR) e/ou nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e no Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do

Distrito Federal (CGSES/DF), que permita o fluxo adequado dos usuários com doenças crônicas entre os pontos de atenção, tanto na urgência quanto nas ações eletivas, por meio de veículos adaptados, quando necessário. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 18, Parágrafo Único, II)

Art. 19. A Regulação constitui o componente de gestão para qualificar a demanda e a assistência prestada, otimizar a organização da oferta e promover a equidade no acesso às ações e serviços de saúde, especialmente os de maior densidade tecnológica, e auxiliar no monitoramento e avaliação dos pactos intergestores. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 19)

Parágrafo Único. Compete à Regulação garantir o acesso às ações e aos serviços de saúde de média e de alta densidade tecnológica, necessários ao cuidado integral dos usuários com doenças crônicas, por meio das Centrais de Regulação ou Complexos Reguladores ou de acordo com a pactuação local, garantindo a equidade no acesso, em tempo oportuno, independentemente da natureza jurídica dos estabelecimentos de saúde, levando em consideração a estratificação de risco e as diretrizes clínicas definidas pela gestão federal, regional ou local. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 19, Parágrafo Único)

Art. 20. A Governança constitui a capacidade de intervenção que envolve diferentes atores, mecanismos e procedimentos para a gestão regional compartilhada da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 20)

Art. 21. São competências comuns do componente da Atenção Básica e dos subcomponentes ambulatorial especializado e hospitalar da Atenção Especializada: (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 21)

I - planejar o cuidado considerando a avaliação da vulnerabilidade e da capacidade de autocuidado das pessoas com doenças crônicas; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 21, I)

II - organizar as ações que promovam os cuidados paliativos, quando couber, nas linhas de cuidado definidas para cada doença crônica, apoiando o cuidado e articulando com os demais pontos de atenção; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 21, II)

III - garantir o acesso aos medicamentos e insumos para o tratamento das doenças crônicas, de acordo com as atribuições do ponto de atenção e de acordo com a RENAME; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 21, III)

IV - registrar as informações referentes às pessoas e às ações relacionadas às doenças crônicas nos sistemas de informação vigentes, quando couber; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 21, IV)

V - manter comunicação com as equipes multiprofissionais dos demais pontos de atenção que compõem a linha de cuidado; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 21, V)

VI - realizar o primeiro atendimento de urgência e emergência e encaminhar os indivíduos com complicações agudas a outros serviços e/ou pontos de atenção, conforme necessidade individual; e (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 21, VI)

VII - oferecer acompanhamento multiprofissional e programar a realização de consultas e de exames de acordo com a necessidade individual, os protocolos e as diretrizes clínicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde ou elaboradas pelo nível local, no âmbito da sua atuação. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 21, VII)

Art. 22. Todos os pontos de atenção à saúde, em especial os que integram os componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, prestarão o cuidado aos usuários com doenças crônicas agudizadas em ambiente adequado até a transferência ou encaminhamento dos usuários a outros pontos de atenção, quando necessário. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 22)

Seção IV

Das Linhas de Cuidado

(Origem: PRT MS/GM 483/2014, CAPÍTULO IV)

Art. 23. A implantação da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas se dará por meio da organização e operacionalização de linhas de cuidado específicas, considerando os agravos de maior magnitude. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 23)

Art. 24. No âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, as linhas de cuidado deverão: (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 24)

I - expressar os fluxos assistenciais que precisam ser garantidos ao usuário a fim de atender às necessidades de saúde relacionadas a uma condição crônica; e (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 24, I)

II - definir as ações e os serviços que serão ofertados por cada componente da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, baseadas em diretrizes clínicas e de acordo com a realidade de cada região de saúde, sempre considerando as evidências científicas sobre o tema de que trata. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 24, II)

Art. 25. As linhas de cuidado no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas observarão às seguintes diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 25)

I - definição no âmbito de 1 (uma) ou mais regiões de saúde, de acordo com a pactuação realizada nas CIR e/ou CIB e no CGSES/DF, considerando-se as necessidades de saúde das respectivas populações; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 25, I)

II - garantia da regionalização da atenção especializada de forma que esta trabalhe com abrangência territorial e populacional, conforme pactuações loco-regionais; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 25, II)

III - caracterização dos pontos de atenção que conformam a linha de cuidado por meio da definição mínima de competências e de responsabilidades de cada um deles e do estabelecimento de mecanismos de comunicação entre eles, dentre outros dispositivos; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 25, III)

IV - garantia e articulação dos recursos existentes para operacionalização das linhas de cuidado, segundo o planejamento de cada unidade federada; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 25, IV)

V - garantia de acesso regulado à atenção especializada, ambulatorial e hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 25, V)

VI - implementação de sistemas de informação que permitam o acompanhamento do cuidado, a gestão de casos, o apoio às decisões clínicas e a regulação do acesso aos serviços de atenção especializada, assim como o planejamento, o monitoramento e a avaliação das ações e serviços; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 25, VI)

VII - oferta de apoio diagnóstico e terapêutico adequado para prevenção e tratamento das doenças crônicas, com efetivação de um modelo centrado no usuário, baseado nas suas necessidades de saúde, respeitando-se as diversidades étnico-raciais, culturais, sociais e religiosas; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 25, VII)

VIII - garantia da avaliação e do acompanhamento periódicos das pessoas que apresentam doenças crônicas de forma integral e criteriosa, considerando-se a totalidade dos fatores de risco a que estão sujeitas e não apenas o potencial isolado de cada diagnóstico clínico ou laboratorial; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 25, VIII)

IX - estabelecimento de estratégias para apoio ao autocuidado de maneira a garantir a autonomia do usuário, o conhecimento sobre sua saúde e a corresponsabilização dos atores envolvidos; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 25, IX)

X - articulação de ações intersetoriais para promoção da saúde, incluindo incentivo à alimentação adequada e saudável e às práticas corporais e atividade física, de forma a apoiar os indivíduos, as famílias e a comunidade na

adoção de modos de vida saudáveis, respeitando-se hábitos e culturas locais; e (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 25, X)

XI - definição de indicadores e metas de acompanhamento e avaliação para as linhas de cuidado das doenças crônicas. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 25, XI)

Parágrafo Único. A programação de cuidado, no que se refere à definição da frequência de realização de consultas, de grupos e de solicitação de exames, não se limitará ao critério de estratificação de risco, devendo considerar: (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 25, Parágrafo Único)

I - os princípios da Atenção Básica descritos na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 25, Parágrafo Único, I)

II - as necessidades individuais; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 25, Parágrafo Único, II)

III - as diretrizes clínicas de cada doença crônica; e (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 25, Parágrafo Único, III)

IV - os determinantes sociais da saúde. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 25, Parágrafo Único, IV)

Seção V

Das Disposições Finais

(Origem: PRT MS/GM 483/2014, CAPÍTULO V)

Art. 26. A Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas será integrada ao Contrato Organizativo da Ação Pública em Saúde (COAP). (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 26)

CAPÍTULO II

DAS DIRETRIZES PARA A ORGANIZAÇÃO DA PREVENÇÃO E DO TRATAMENTO DO SOBREPESO E OBESIDADE NO ÂMBITO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS

Art. 27. Este Capítulo redefine as diretrizes para organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 1º)

Art. 28. A organização das ações e serviços de prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas observará as seguintes diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 2º)

I - diagnóstico da população assistida no SUS, de modo a identificar os indivíduos com sobrepeso e obesidade a partir da classificação de seu estado nutricional de acordo com a fase do curso da vida, ou seja, enquanto crianças, adolescentes, adultos, gestantes e idosos; (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 2º, I)

II - estratificação de risco da população de acordo com a classificação do seu estado nutricional e a presença de outros fatores de risco e comorbidades; (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 2º, II)

III - organização da oferta integral de cuidados na Rede de Atenção à Saúde (RAS) por meio da definição de competências de cada ponto de atenção, do estabelecimento de mecanismos de comunicação entre eles, bem como da garantia dos recursos necessários ao seu funcionamento segundo o planejamento de cada ente federativo e os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde; (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 2º, III)

IV - utilização de sistemas de informação que permitam o acompanhamento do cuidado, gestão de casos e regulação do acesso aos serviços de atenção especializada, assim como o monitoramento e a avaliação das ações e serviços; (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 2º, IV)

V - investigação e monitoramento dos principais determinantes do sobrepeso e obesidade; (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 2º, V)

VI - articulação de ações intersetoriais para promoção da saúde, de forma a apoiar os indivíduos, famílias e comunidades na adoção de modos de vida saudáveis que permitam a manutenção ou recuperação do peso saudável; (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 2º, VI)

VII - garantia de financiamento adequado para prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas; (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 2º, VII)

VIII - formação de profissionais da saúde para a prevenção, diagnóstico e tratamento do sobrepeso e obesidade, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 2º, VIII)

IX - garantia da oferta de apoio diagnóstico e terapêutico adequado para tratamento do sobrepeso e da obesidade, com efetivação de um modelo centrado no usuário, baseado nas suas necessidades de saúde, respeitando as diversidades étnico-raciais, culturais, sociais e religiosas; e (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 2º, IX)

X - garantia da oferta de práticas integrativas e complementares para promoção da saúde, prevenção de agravos e tratamento das pessoas com sobrepeso e obesidade. (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 2º, X)

Art. 29. Para os fins deste Capítulo, as atribuições gerais dos pontos de atenção à saúde do SUS para prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade serão definidos a partir da classificação do estado nutricional do indivíduo segundo o Índice de Massa Corporal (IMC) para adultos. (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 3º)

§ 1º Para organização do cuidado aos indivíduos nas demais fases do curso da vida que apresentem sobrepeso e obesidade, deverá ser observada a equivalência dos critérios de classificação por IMC e as especificidades do tratamento. (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Os critérios de classificação para o sobrepeso e a obesidade nas diferentes fases do curso da vida devem seguir as referências do Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 3º, § 2º)

§ 3º No caso de indivíduos adultos, considera-se com sobrepeso aqueles que apresentem IMC maior ou igual a 25 kg/m² e menor que 30 kg/m² e com obesidade aqueles com IMC maior ou igual a 30 kg/m², sendo a obesidade classificada em: (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 3º, § 3º)

I - Grau I: indivíduos que apresentem IMC maior ou igual a 30 kg/m² e menor que 35 kg/m²; (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 3º, § 3º, I)

II - Grau II: indivíduos que apresentem IMC maior ou igual a 35 kg/m² e menor que 40 kg/m²; e (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 3º, § 3º, II)

III - Grau III: indivíduos que apresentem IMC maior ou igual a 40 kg/m². (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 3º, § 3º, III)

Art. 30. Para a prevenção e o tratamento do sobrepeso e da obesidade, os Componentes da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas exercerão especialmente as seguintes atribuições: (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º)

I - Componente Atenção Básica: (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, I)

a) realizar a vigilância alimentar e nutricional da população adstrita com vistas à estratificação de risco para o cuidado do sobrepeso e da obesidade; (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, I, a)

b) realizar ações de promoção da saúde e prevenção do sobrepeso e da obesidade de forma intersetorial e com participação popular, respeitando hábitos e cultura locais, com ênfase nas ações de promoção da alimentação adequada

e saudável e da atividade física; (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, I, b)

c) apoiar o autocuidado para manutenção e recuperação do peso saudável; (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, I, c)

d) prestar assistência terapêutica multiprofissional aos indivíduos adultos com sobrepeso e obesidade que apresentem IMC entre 25 e 40 kg/m², de acordo com as estratificações de risco e as diretrizes clínicas estabelecidas; (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, I, d)

e) coordenar o cuidado dos indivíduos adultos que, esgotadas as possibilidades terapêuticas na Atenção Básica, necessitarem de outros pontos de atenção, quando apresentarem IMC maior ou igual a 30 kg/m² com comorbidades ou IMC maior ou igual a 40 kg/m²; (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, I, e)

f) prestar assistência terapêutica multiprofissional aos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade após o período de acompanhamento pós-operatório realizado na Atenção Especializada Ambulatorial e/ou Hospitalar; e (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, I, f)

g) garantir o acolhimento adequado das pessoas com sobrepeso e obesidade em todos os equipamentos da atenção básica, incluindo os Pólos de Academia da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, I, g)

II - Componente Atenção Especializada: (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, II)

a) Subcomponente Ambulatorial Especializado: (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, II, a)

1. prestar apoio matricial às equipes de Atenção Básica, presencialmente ou por meio dos Núcleos do Telessaúde; (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, II, a, 1)

2. prestar assistência ambulatorial especializada multiprofissional aos indivíduos adultos com IMC maior ou igual a 30 kg/m² com comorbidades, e aos indivíduos com IMC maior ou igual a 40 kg/m², quando esgotadas as possibilidades terapêuticas na Atenção Básica, de acordo com as demandas encaminhadas através da regulação; (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, II, a, 2)

3. diagnosticar os casos com indicação para procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade e encaminhar a demanda através da regulação; (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, II, a, 3)

4. prestar assistência terapêutica multiprofissional pré-operatória aos usuários com indicação de realização de procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade; (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, II, a, 4)

5. prestar assistência terapêutica multiprofissional aos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade após o período de acompanhamento pós-operatório realizado na Atenção Especializada Hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, II, a, 5)

6. organizar o retorno dos usuários à assistência na Atenção Básica de acordo com as diretrizes estabelecidas localmente; e (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, II, a, 6)

7. realizar contra-referência em casos de alta para os serviços de atenção básica, bem como comunicar periodicamente os municípios e as equipes de saúde acerca dos usuários que estão em acompanhamento. (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, II, a, 7)

b) Subcomponente Hospitalar: (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, II, b)

1. realizar avaliação dos casos indicados pela Atenção Especializada Ambulatorial e/ ou Regulação para procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade, de acordo com o estabelecido nas diretrizes clínicas gerais, dispostas no Anexo 1 do Anexo IV e protocolos locais de encaminhamentos e regulação; (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, II, b, 1)

2. organizar o acesso à cirurgia, considerando e priorizando os indivíduos que apresentam outras comorbidades associadas à obesidade e/ou maior risco à saúde; (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, II, b, 2)

3. realizar tratamento cirúrgico da obesidade de acordo com o estabelecido nas diretrizes clínicas gerais dispostas no Anexo 1 do Anexo IV e normas de credenciamento e habilitação definidas pelo Ministério da Saúde em atos normativos específicos; (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, II, b, 3)

4. realizar cirurgia plástica reparadora para indivíduos submetidos ao tratamento cirúrgico da obesidade, conforme critérios dispostos em atos normativos específicos do Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, II, b, 4)

5. garantir assistência terapêutica multiprofissional pós-operatória aos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade; (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, II, b, 5)

6. organizar o retorno dos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade à assistência terapêutica multiprofissional na Atenção Especializada Ambulatorial e/ ou na Atenção Básica, de acordo com as diretrizes clínicas gerais estabelecidas no Anexo 1 do Anexo IV; e (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, II, b, 6)

7. realizar contra-referência em casos de alta para os serviços de atenção básica e/ ou atenção ambulatorial especializada, bem como comunicar periodicamente aos Municípios e às equipes de saúde acerca dos usuários que estão em acompanhamento. (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, II, b, 7)

c) Subcomponente Urgência e Emergência: prestar assistência e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até o encaminhamento, se necessário, dos indivíduos com complicações agudas decorrentes do sobrepeso e obesidade, bem como do pós-operatório da cirurgia bariátrica, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades. (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, II, c)

III - Componentes Sistemas de Apoio e Sistemas Logísticos: (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, III)

a) realizar exames complementares ao diagnóstico e tratamento da obesidade, de acordo com plano regional de organização da linha de cuidado da obesidade; (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, III, a)

b) prestar assistência farmacêutica necessária ao tratamento clínico da obesidade e pós-tratamento cirúrgico da obesidade, de acordo com plano regional de organização da linha de cuidado da obesidade; e (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, III, b)

c) realizar o transporte sanitário eletivo e de urgência para os usuários com obesidade, por meio de veículos adaptados, quando necessário. (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, III, c)

Parágrafo Único. A organização do acesso às ações e aos serviços especializados referentes ao cuidado das pessoas com sobrepeso ou obesidade será executado pelo Componente Regulação, que atuará de forma integrada, com garantia da transparência e da equidade no acesso, independente da natureza jurídica dos estabelecimentos de saúde. (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 31. As Comissões Intergestores Bipartite (CIB), Comissões Intergestores Regionais (CIR) e o Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF) pactuarão planos regionais para organização da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade a partir do estabelecido neste Capítulo e da estratificação de risco da população adstrita, nos quais deve constar a oferta de cuidado nos diferentes pontos de atenção, bem como a regulação do acesso às ações e serviços dos Componentes Atenção Especializada, subdivisões Ambulatorial Especializado e Hospitalar e Sistemas de Apoio, conforme os Anexos 1 e 2 do Anexo IV. (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 5º)

§ 1º Caso a região de saúde tenha Contrato Organizativo de Ação Pública em Saúde (COAP), a pactuação da linha de cuidado de obesidade será a ele integrado. (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 5º, § 1º)

§ 2º A elaboração dos planos regionais para organização da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade observará as diretrizes clínicas dispostas no Anexo 1 do Anexo IV. (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 5º, § 2º)

§ 3º O Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo Portador de Obesidade será regulamentado em ato normativo específico do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 5º, § 4º)

Art. 32. Aos indivíduos submetidos ao tratamento cirúrgico da obesidade será garantida a realização de cirurgia plástica reparadora, cujos critérios constarão em atos normativos específicos do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 6º)

Art. 33. O financiamento da organização das ações e serviços de promoção da saúde, prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Básica será realizado por meio do Piso de Atenção Básica, do Piso de Vigilância e Promoção da Saúde, do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, do Programa Academia da Saúde, do Programa Saúde na Escola, dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e do apoio para a estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional. (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 7º)

Art. 34. O financiamento da organização das ações e serviços no âmbito do Componente Atenção Especializada será realizado conforme ato normativo específico do Ministério da Saúde, mediante pactuação prévia na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), e estará condicionado à construção regional da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade. (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 8º)

Art. 35. O Ministério da Saúde disponibilizará manuais instrutivos e cadernos temáticos para orientar a organização local de linhas de cuidado do sobrepeso e obesidade e a construção de diretrizes clínicas regionais. (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 9º)

Art. 36. Fica a cargo das Secretarias municipais, estaduais e distrital de Saúde organizar a Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade para garantir o cuidado integral ao indivíduo com obesidade. (Origem: PRT MS/GM 62/2017, Art. 4º)

Seção I

Do Regulamento Técnico, Normas e Critérios para o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade

Art. 37. Fica definido que os estabelecimentos com Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade são os hospitais que oferecem apoio diagnóstico e terapêutico especializado, condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados ao atendimento aos indivíduos com obesidade. (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 1º)

Parágrafo Único. Os indivíduos com indicação para o tratamento cirúrgico da obesidade são aqueles com obesidade grau III e obesidade grau II com comorbidades, conforme os critérios estabelecidos no Capítulo II, da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas. (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 38. Para cumprir as suas finalidades os estabelecimentos de saúde habilitados como Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade devem estar inseridos na organização da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas. (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 2º)

Parágrafo Único. As Secretarias de Saúde dos Estados, ao indicarem o estabelecimento que prestará a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade, devem estabelecer em conjunto com seus respectivos municípios, os fluxos e mecanismos de referência e contrarreferência dos indivíduos obesos grau III e grau II com comorbidades, de acordo com o estabelecido na linha de cuidado do sobrepeso e obesidade na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas. (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 39. Fica estabelecido que a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade deverá: (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 3º)

I - participar de forma articulada e integrada com a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS e com a linha de cuidado definida localmente para o tratamento do sobrepeso e da obesidade; e (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 3º, I)

II - participar no desenvolvimento profissional, em parceria com o gestor local do SUS, induzindo à formação e qualificação para atenção ao obeso, incorporando os referenciais conceituais e organizacionais do SUS. (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 3º, II)

Art. 40. Fica aprovado, na forma de Anexos 3, 4 e 5 do Anexo IV, o que segue: (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 4º)

I - Anexo 3 do Anexo IV - Diretrizes gerais para o tratamento cirúrgico da obesidade e acompanhamento pré e pós-cirurgia bariátrica; (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 4º, I)

II - Anexo 4 do Anexo IV - Normas de Credenciamento/Habilitação para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade; e (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 4º, II)

III - Anexo 5 do Anexo IV - Relação dos procedimentos para o tratamento cirúrgico da obesidade na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS. (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 4º, III)

Art. 41. Ficam definidos que os critérios de credenciamento/habilitação para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade com adesão à linha de cuidado do sobrepeso e obesidade estão estabelecidos no Anexo 4 do Anexo IV. (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 5º)

Parágrafo Único. A Secretaria de Estado de Saúde deverá encaminhar resolução da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ao Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática, Coordenação-Geral de Atenção Especializada (CGAE/DAET/SAS/MS) aprovando a indicação do estabelecimento para o credenciamento/habilitação na Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 5º, § 2º) (com redação dada pela PRT MS/GM 1389/2014) (com redação dada pela PRT MS/GM 62/2017)

Art. 42. Ficam alteradas na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS as idades mínima e máxima para o tratamento cirúrgico da obesidade, respeitando-se os limites clínicos de acordo a idade. (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 8º)

§ 1º Nos jovens entre 16 e 18 anos, poderá ser indicado o tratamento cirúrgico naqueles que apresentarem o escore -Z maior que +4 na análise do IMC por idade, porém o tratamento cirúrgico não deve ser realizado antes da consolidação das epífises de crescimento. Portanto, a avaliação clínica do jovem necessita constar em prontuário e deve incluir: a análise da idade óssea e avaliação criteriosa do risco-benefício, realizada por equipe multiprofissional com participação de dois profissionais médicos especialistas da área clínica e cirúrgica. (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 8º, § 1º)

§ 2º Nos adultos com idade acima de 65 anos, deve ser realizada avaliação individual por equipe multiprofissional, considerando a avaliação criteriosa do risco-benefício, risco cirúrgico, presença de comorbidades, expectativa de vida e benefícios do emagrecimento. (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 8º, § 2º)

Art. 43. Fica incluído, na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, o procedimento 03.01.12.008-0 - Acompanhamento de paciente pré-cirurgia bariátrica por equipe multiprofissional, que tem como instrumento de registro a Autorização de Procedimentos Ambulatoriais - APAC, cujo Laudo para Solicitação/Autorização de Procedimento Ambulatorial deverá conter os dados complementares. (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 9º)

§ 1º O procedimento referido no "caput" deste artigo deve ser apresentado na quantidade máxima de 01 (um) em APAC tipo única, que terá validade de 03 (três) competências. (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 9º, § 1º)

§ 2º Para realização do procedimento descrito no "caput" os estabelecimentos devem ser habilitados em Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade (código 02.03). (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 9º, § 2º)

Art. 44. O procedimento 03.01.12.005-6 - Acompanhamento de paciente pós-cirurgia bariátrica por equipe multiprofissional tem como instrumento de registro a Autorização de Procedimentos Ambulatoriais - APAC, cujo Laudo para Solicitação/Autorização de Procedimento Ambulatorial deverá conter os dados complementares. (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 10)

Parágrafo Único. Os modelos de laudos e demais orientações técnicas estão disponíveis no endereço eletrônico <http://sia.datasus.gov.br>. (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 10, Parágrafo Único)

Art. 45. Fica incluído o procedimento 04.07.01.036-0 - Gastrectomia Vertical em Manga (Sleeve) - na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, conforme Anexo 5 do Anexo IV. (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 11)

Art. 46. Ficam incluídos os procedimentos para possíveis complicações pós-cirúrgica: 03.03.07.013-7 - Tratamento de intercorrência clínica pós-cirurgia bariátrica e 04.07.01.037-8 - Tratamento de intercorrência cirúrgica pós-cirurgia bariátrica na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, conforme Anexo 5 do Anexo IV. (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 12)

§ 1º Fica definido que os procedimentos descritos no "caput" estão restritos aos primeiros 30 (trinta) dias pós-cirurgia bariátrica. (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 12, § 1º)

§ 2º Nas intercorrências clínicas e/ou cirúrgicas pós-cirurgia bariátrica com internação do paciente deverá ser registrado o número da AIH da cirurgia bariátrica no campo AIH anterior no SISAIO1. (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 12, § 2º)

Art. 47. Fica incluído o procedimento 04.13.04.025-9 - Dermolipectomia abdominal circunferencial pós-cirurgia bariátrica na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS conforme Anexo 5 do Anexo IV. (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 13)

Art. 48. O registro do procedimento 04.15.02.001-8 - Procedimentos Sequenciais de Cirurgia Plástica Reparadora pós-cirurgia bariátrica da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS será efetuado da seguinte forma: (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 14)

I - na AIH deve-se-á informar como procedimento solicitado e realizado o 04.15.02.001-8 - Procedimentos Sequenciais de Cirurgia Plástica Reparadora pós-cirurgia bariátrica; (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 14, I)

II - na mesma AIH do procedimento 04.15.02.001-8 será permitido o registro simultâneo de, no máximo, 02 (dois) procedimentos de cirurgias plásticas reparadoras definidas no Anexo 5 do Anexo IV; e (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 14, II)

III - os procedimentos definidos no Anexo 5 do Anexo IV deverão ser registrados no Campo Procedimentos Realizados da AIH, sendo pago 100% do valor total de cada procedimento. (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 14, III)

Art. 49. Ficam alterados os atributos dos procedimentos 04.07.01.012-2 - Gastrectomia com ou sem derivação duodenal, 04.07.01.018-1 - Gastroplastia vertical com banda e 04.07.01.017-3 - Gastroplastia com derivação intestinal, conforme Anexo 5 do Anexo IV. (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 15)

Art. 50. O valor do procedimento para o tratamento cirúrgico da obesidade não inclui os valores das Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) compatíveis, das diárias de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e dos procedimentos especiais realizados no paciente durante a internação. (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 16) (com redação dada pela)

Art. 51. Ficam incluídas as compatibilidades de OPM com os procedimentos para tratamento cirúrgico da obesidade conforme a tabela a seguir: (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 17)

I - Procedimentos: 04.07.01.012-2 - Compatibilidades: Gastrectomia com ou sem derivação duodenal - Compatibilidades: 07.02.05.028-8 - Grampeador linear cortante, Quantidade: 01; 07.02.05.004-0 - Carga para grampeador linear cortante, Quantidade: 03; (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 17, I)

II - Procedimentos: 04.07.01.036-0 - Gastrectomia Vertical em Manga (Sleeve); Compatibilidades: 07.02.05.028-8 - Grampeador linear cortante, Quantidade: 01; 07.02.05.004-0 - Carga para grampeador linear cortante, Quantidade: 03; (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 17, II)

III - Procedimentos: 04.07.01.017-3 - Gastroplastia com derivação intestinal; Compatibilidades: 07.02.05.028-8 - Grampeador linear cortante, Quantidade: 01; 07.02.05.004-0 - Carga para grampeador linear cortante, Quantidade: 03; e (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 17, III)

IV - Procedimentos: 04.07.01.018-1 - Gastroplastia vertical com banda; Compatibilidades: 07.02.05.027-0 - Grampeador linear, Quantidade: 01; 07.02.05.026-1 - Grampeador circular intraluminal, Quantidade: 01. (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 17, IV)

Art. 52. Fica determinado que a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade realize as avaliações, as indicações e o acompanhamento dos indivíduos com obesidade, conforme estabelecido na linha de cuidado do sobrepeso e obesidade na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas. (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 18)

Art. 53. Fica determinado que a organização da Rede de Atenção às Urgências deve prestar assistência e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento dos indivíduos com obesidade a outros pontos de atenção, quando necessário, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades. (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 19)

Art. 54. As Secretarias de Saúde dos Estados, desde que não haja oferta de serviços ou insuficiência avaliada e comprovada, devem observar o disposto na Portaria nº 258/SAS/MS, de 30 de julho de 2009 que regulamenta a Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade (CNRAC). (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 20)

Art. 55. Fica determinado que os formulários de história e roteiros que auxiliem no tratamento e encaminhamento do paciente obeso grau III ou grau II, com comorbidades, estarão disponíveis no endereço eletrônico www.saude.gov.br/sas. (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 21)

Art. 56. É de responsabilidade dos gestores locais a regulação, o controle e a avaliação dos serviços de saúde, a avaliação da estrutura, a forma e a equipe para atendimento ao indivíduo com obesidade, bem como a garantia da qualidade dos serviços. (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 22)

Art. 57. Caberá aos gestores locais estaduais ou municipais realizarem ações de regulação, de controle e de avaliação da atenção à saúde, bem como a conformidade entre os procedimentos realizados e seus ressarcimentos. (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 23)

Art. 58. Caberá à Coordenação-Geral dos Sistemas de Informação do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas da Secretaria de Atenção à Saúde (CGSI/DRAC/SAS/MS), adotar as providências necessárias junto ao Departamento de Informática do SUS (DATASUS), para o cumprimento do disposto nas regras sobre Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 25)

CAPÍTULO III-

DA ORGANIZAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO DA PESSOA COM DOENÇA RENAL CRÔNICA (DRC) NO ÂMBITO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS

Seção I
Das Disposições Gerais
 (Origem: PRT MS/GM 389/2014, CAPÍTULO I)

Art. 59. Ficam definidos os critérios para a organização da linha de cuidado da pessoa com doença renal crônica (DRG) e instituído incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 1º)

Art. 60. Ficam aprovadas as Diretrizes Clínicas para o cuidado à pessoa com DRG no âmbito do SUS, que será disponibilizada no endereço eletrônico www.saude.gov.br/sas. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 2º)

Seção II
Das Diretrizes e Critérios para a Organização da Linha de Cuidado à Pessoa com DRG
 (Origem: PRT MS/GM 389/2014, CAPÍTULO II)

Art. 61. Os estabelecimentos de saúde integrantes da linha de cuidado à pessoa com DRG na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas observarão às seguintes diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 3º)

I – foco da atenção nas necessidades de saúde da população coordenado pela Atenção Básica e contemplando todos os níveis de atenção; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 3º, I)

II – diagnóstico precoce de modo a identificar as pessoas com DRG; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 3º, II)

III – implementação da estratificação de risco da população com DRG de acordo com a classificação do seu estágio clínico, segundo a alteração de exame laboratorial da Taxa de Filtração Glomerular (TFG); (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 3º, III)

IV – garantia de financiamento adequado para prevenção, tratamento dos fatores de risco e tratamento da DRG na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, em especial ao cuidado das pessoas com DRG em estágios clínicos pré-dialíticos, bem como para o cuidado das pessoas com necessidades de Terapia Renal Substitutiva (TRS); (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 3º, IV)

V – garantia da educação permanente de profissionais da saúde para a prevenção, diagnóstico e tratamento da DRG e dos fatores de risco que levam à DRG, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS); (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 3º, V)

VI – implementação das diretrizes expressas no Programa Nacional de Segurança do Paciente; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 3º, VI)

VII – garantia da oferta de apoio diagnóstico e terapêutico adequado para tratamento da DRG e dos fatores de risco que levam à DRG baseado nas necessidades de saúde, respeitando as diversidades étnico-raciais, culturais, sociais e religiosas; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 3º, VII)

VIII – articulação intersetorial e garantia de ampla participação e controle social; e (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 3º, VIII)

IX – desenvolvimento de medidas que garantam a difusão das ações e cuidado à pessoa com DRG em todos os pontos de atenção da linha de cuidado, bem como a comunicação entre os serviços de saúde para promoção do cuidado compartilhado. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 3º, IX)

Art. 62. Para efeito deste Capítulo, a classificação do estágio clínico da DRG, segundo a TFG, observará aos seguintes parâmetros: (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 4º)

I – DRG estágio 1: TFG ≥ 90 mL/min/1,73m² na presença de proteinúria e/ou hematuria ou alteração no exame de imagem; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 4º, I)

II – DRG estágio 2: TFG ≥ 60 a 89 mL/min/1,73m²; III – DRG estágio 3a: TFG ≥ 45 a 59 mL/min/1,73m²; IV – DRG estágio 3b: TFG ≥ 30 a 44 mL/min/1,73m²; V – DRG estágio 4: TFG ≥ 15 a 29 mL/min/1,73m²; e VI – DRG estágio 5: TFG < 15 mL/min/1,73m². (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 4º, II)

Parágrafo Único. É recomendado que o laboratório de análises clínicas disponibilize o resultado do exame de dosagem de creatinina acompanhado do resultado da TFG. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 63. São atribuições dos pontos de atenção dos componentes da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, além das definidas no Anexo IV, que redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado: (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 5º)

I – Componente Atenção Básica: (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 5º, I)

a) realizar ações recomendadas pela Política Nacional de Promoção à Saúde, na prevenção dos fatores de risco relativos à DRG; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 5º, I, a)

b) atualizar o calendário vacinal das pessoas com DRG, conforme Programa Nacional de Imunização do Ministério da Saúde (PNI/MS); (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 5º, I, b)

c) realizar diagnóstico precoce e tratamento oportuno da DRG em conformidade com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), bem como a atenção de acordo com as Diretrizes Clínicas para o cuidado à pessoa com DRG no âmbito do SUS; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 5º, I, c)

d) realizar estratificação de risco e encaminhamento à atenção especializada, quando necessário, de acordo com o documento das Diretrizes Clínicas para o cuidado à pessoa com DRG; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 5º, I, d)

e) coordenar e manter o vínculo e o cuidado das pessoas com DRG, quando referenciados para outros pontos de atenção da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 5º, I, e)

f) realizar atividades educativas e apoiar o autocuidado, ampliando a autonomia da pessoa com DRG; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 5º, I, f)

g) prestar cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência ou encaminhamento das pessoas com complicações agudas da DRG ou da TRS a outros pontos de atenção, quando necessário, de acordo com o Anexo III; e (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 5º, I, g)

h) registrar no Sistema de Informação da Atenção Básica (SisAB) as ações de controle da DRG; e (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 5º, I, h)

II – Componente da Atenção Especializada Ambulatorial: (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 5º, II)

a) atuar de acordo com a definição da Rede de Atenção à Saúde (RAS); (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 5º, II, a)

b) prestar assistência ambulatorial de forma multiprofissional, de acordo com o documento das Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com DRG no âmbito do SUS, incluindo a necessidade de TRS; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 5º, II, b)

c) disponibilizar carga horária, adequada à realidade local e mediante pactuação e contratualização do gestor, para realizar apoio matricial, presencialmente ou por meio dos Núcleos de Telessaúde ou através de outras formas de

comunicação definidas com o gestor público de saúde local, às equipes de atenção básica de referência nos temas relacionados a doenças renais, conforme disposto no documento das Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com DRG no âmbito do SUS; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 5º, II, e)

d) diagnosticar, quando da necessidade de TRS diálise, os casos com indicação para procedimento cirúrgico de confecção de fistula arteriovenosa ou implante de cateter para diálise peritoneal, conforme o documento das Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com DRG no âmbito do SUS; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 5º, II, d)

e) definir, no contrato celebrado entre o gestor de saúde e o estabelecimento de atenção especializada ambulatorial em DRG, de quem será a responsabilidade para realizar a confecção da fistula arterio-venosa de acesso à hemodiálise ou o implante de cateter para diálise peritoneal; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 5º, II, e)

f) utilizar da regulação das urgências para o encaminhamento ou transferência da pessoa com DRG para os estabelecimentos de saúde de referência, previamente pactuados locoregionalmente, quando estas pessoas estiverem no estabelecimento de atenção especializada ambulatorial em DRG e necessitarem, naquele momento, de cuidados imediatos em urgência; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 5º, II, f)

g) manter comunicação com as equipes multiprofissionais dos demais componentes da RAS; e (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 5º, II, g)

h) informar todos os acompanhamentos multiprofissionais em DRG nos estágios 4 e 5 (pré diálise) e os demais procedimentos correspondentes nos temas relacionados em doenças renais, incluindo a TRS, quando couber, no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), ou outro(s) que vier(em) a substituí-lo, de acordo com a tipologia do estabelecimento de saúde. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 5º, II, h)

Art. 64. Compete aos pontos de atenção do componente de Atenção Básica, ainda, a gestão do cuidado à pessoa com DRG e a atenção dos estágios clínicos pré-dialíticos 1 ao 3, conforme disposto nas Diretrizes Clínicas para o cuidado à pessoa com DRG. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 6º)

Art. 65. Compete aos estabelecimentos de atenção especializada ambulatorial em DRG o apoio matricial às equipes de Atenção Básica nos temas relacionados em doenças renais, o cuidado às pessoas com DRG do estágio clínico 4 e 5 (pré dialítico), bem como aos estágios dialíticos, conforme disposto nas Diretrizes Clínicas para o cuidado ao às pessoas com DRG. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 7º)

Seção III-

Das Tipologias e Atribuições das Unidades de Atenção Especializada Ambulatorial em DRG
(Origem: PRT MS/GM 389/2014, CAPÍTULO III)

Art. 66. A atenção à saúde da pessoa com DRG será organizada conforme as seguintes tipologias: (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 8º)

I – Unidade Especializada em DRG; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 8º, I)

II – Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia; e (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 8º, II)

III – Unidade Especializada em DRG com TRS/Diálise. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 8º, III)

§ 1º A Unidade Especializada em DRG, responsável pela Atenção de Média Complexidade, realizará o acompanhamento multiprofissional das pessoas com DRG nos estágios clínicos 4 e 5 (pré diálise) ou nas demais situações previstas no documento das Diretrizes Clínicas para o cuidado à pessoa com DRG no SUS (exceto TRS – diálise) e deverão matricular as equipes de atenção básica, nos temas relacionados a doenças renais. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 8º, § 1º)

§ 2º A Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia, responsável pela Atenção de Alta Complexidade, realizará pelo menos uma modalidade de TRS diálise para tratamento da pessoa com DRG. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 8º, § 2º)

§ 3º A Unidade Especializada em DRG com TRS Diálise, responsável pela Atenção de Média e Alta complexidade, compete: (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 8º, § 3º)

I – realizar o acompanhamento multiprofissional das pessoas com DRG nos estágios 4 e 5 (pré diálise) ou nas demais situações previstas no documento das Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com DRG no âmbito do SUS; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 8º, § 3º, I)

II – matricular as equipes de atenção básica nos temas relacionados a doenças renais; e (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 8º, § 3º, II)

III – ofertar, pelo menos, uma modalidade de TRS diálise para tratamento da pessoa com DRG. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 8º, § 3º, III)

§ 4º O acompanhamento multiprofissional em DRG de que trata o § 1º e o inciso I do § 3º consiste na realização de consultas multiprofissionais e na realização de exames na periodicidade recomendada no documento das Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com DRG no âmbito do SUS no estágio clínico pré-dialítico. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 8º, § 4º)

§ 5º O apoio matricial de que trata o § 1º e o inciso II do § 3º inclui ações como interconsultas, segunda opinião formativa, discussão de casos, momentos de educação permanente conjuntos, intervenções no território e intersetoriais, a fim de compartilhar a responsabilidade pelo cuidado de uma população específica, de ampliar a capacidade de análise e de intervenção, aumentando a resolutividade dos respectivos pontos de atenção envolvidos no processo de apoio matricial. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 8º, § 5º)

§ 6º O tratamento de diálise, de que trata o § 2º e o inciso III do § 3º consiste na realização das consultas em nefrologia e exames decorrentes e na realização de pelo menos uma das seguintes modalidades de TRS diálise: (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 8º, § 6º)

I – diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC); (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 8º, § 6º, I)

II – diálise peritoneal automática (DPA); (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 8º, § 6º, II)

III – diálise peritoneal intermitente (DPI); e (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 8º, § 6º, III)

IV – Hemodiálise (HD). (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 8º, § 6º, IV)

Art. 67. A Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia e a Unidade Especializada em DRG com TRS/diálise deverão oferecer, obrigatoriamente: (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 9º)

I – atendimento ambulatorial aos pacientes que estão em processo de diálise, sob sua responsabilidade; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 9º, I)

II – uma ou mais das modalidades de diálise de que trata o art. 66, § 6º; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 9º, II)

III – fornecimento, sob orientação do nutricionista e com base na prescrição médica, do aporte nutricional ao paciente no dia do procedimento dialítico; e (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 9º, III)

IV – realização periódica, em seus pacientes, dos exames definidos conforme as Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com DRG no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 9º, IV)

§ 1º A Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia e a Unidade Especializada em DRG com TRS/diálise com capacidade para oferecer somente a modalidade HD devem garantir o acesso à DPAC, à DPA e à DPI quando da necessidade do paciente. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 9º, § 1º)

§ 2º A Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia e a Unidade Especializada em DRG com TRS/diálise com capacidade para oferecer somente as modalidades DPAG, DPA e DPI devem garantir o acesso à HD, quando da necessidade do paciente. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 9º, § 2º)

Art. 68. A Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia e a Unidade Especializada em DRG com TRS/diálise deverão: (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 10)

I – prestar os primeiros atendimentos ao paciente nos casos de intercorrências que ocorrerem durante o processo de diálise, garantindo a estabilização do paciente; e (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 10, I)

II – dar continuidade à assistência por meio da regulação de urgência e emergência, que deverá garantir o transporte do paciente e a continuidade da assistência necessária para as referências previamente pactuadas locoregionalmente. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 10, II)

Parágrafo Único. O serviço de diálise deverá registrar os resultados dos exames realizados e os indicadores de efetividade dialítica nos prontuários dos pacientes. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 10, Parágrafo Único)

Art. 69. A sala para atendimento ao paciente HbsAg+ pode ser considerada opcional, desde que o estabelecimento de diálise possua convênio ou contrato formal com outro serviço para o atendimento destes pacientes. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 11)

Art. 70. Os pacientes devem ser submetidos à confecção da fístula, de acordo com a condição vascular, quando a TFG for menor do que 20 ml/min. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 12)

Art. 71. Os pacientes que optarem por diálise peritoneal serão encaminhados, juntamente com seus familiares, para treinamento pela equipe multidisciplinar. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 13)

Parágrafo Único. Os pacientes de que trata o "caput" serão encaminhados para o serviço de referência de implante de cateter em período suficiente para o início programado da diálise. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 13, Parágrafo Único)

Seção IV-

Da Adesão e Habilitação para Integrar a Linha de Cuidado da Pessoa com DRG-
(Origem: PRT MS/GM 389/2014, CAPÍTULO IV)

Art. 72. Para a adesão dos estabelecimentos de saúde para integrar a Linha de Cuidado da Pessoa com DRG como Unidade Especializada em DRG, as Secretarias de Saúde deverão encaminhar à Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade (CGMAC/DAET/SAS/MS): (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 14)

I – Resolução da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou, no caso do Distrito Federal, do Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde (CGSES/DF) e, quando houver, da Comissão Intergestores Regional (CIR), contendo: (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 14, I)

a) aprovação dos estabelecimentos de saúde de atenção especializada ambulatorial que prestarão assistência às pessoas com DRG, estágio 4 e 5 (pré-diálise), contendo a relação dos estabelecimentos de saúde dentro da rede de atenção às pessoas com doenças crônicas, conforme definido neste Capítulo; e (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 14, I, a)

b) metas físicas a serem alcançadas, conforme a estimativa de público-alvo com DRG, estágio 4 e 5 (pré-diálise), considerando-se a capacidade de produção dos estabelecimentos de saúde elencados; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 14, I, b)

II – registro no Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CENES) das unidades básicas de saúde para as quais as unidades de atenção especializada ambulatorial serão referência; e (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 14, II)

III – cópia da publicação em diário oficial do extrato de contrato com o estabelecimento de saúde, quando este não for da rede própria vinculada à respectiva Secretaria de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 14, III)

Art. 73. Para a habilitação dos estabelecimentos de saúde para integrar a linha de cuidado da pessoa com DRG como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia, as Secretarias de Saúde Estaduais deverão encaminhar à CGMAC/DAET/SAS/MS as seguintes informações: (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 15)

I – parecer conclusivo do gestor público de saúde estadual quanto ao credenciamento/habilitação da Unidade; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 15, I)

II – Resolução da CIB aprovando o credenciamento/habilitação e a informação sobre o impacto financeiro no custeio do serviço de saúde; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 15, II)

III – relatório de vistoria realizado pela Vigilância Sanitária local, onde conste a estrita observância da RDC nº 11, de 13 de março de 2014, e cópia da Licença de Funcionamento; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 15, III)

IV – contrato assinado pelo gestor de saúde e o responsável técnico do estabelecimento de saúde que presta assistência à saúde em DRG com a definição da responsabilidade pela confecção da fístula arterio-venosa de acesso à hemodiálise ou implante de cateter para diálise peritoneal; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 15, IV)

V – termo de compromisso celebrado entre o serviço de saúde de diálise, o gestor local e o hospital vinculado ao SUS de retaguarda, estabelecendo as responsabilidades pela garantia de referência aos casos que necessitem de internação por intercorrências decorrentes do tratamento dialítico; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 15, V)

VI – termo de compromisso celebrado entre o serviço de saúde de diálise e o serviço de diagnóstico para que seja garantida a execução dos exames; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 15, VI)

VII – declaração do impacto financeiro do serviço a ser credenciado, segundo os valores dos procedimentos necessários à realização da diálise constantes na tabela de procedimentos do SUS; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 15, VII)

VIII – termo de compromisso celebrado entre o serviço de saúde de diálise, que não ofereça todas as modalidades de diálise, com outro serviço de saúde de diálise, para que seja garantida a oferta de todas as modalidades de procedimentos de diálise; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 15, VIII)

IX – relação dos profissionais de saúde, especificando quais são os responsáveis técnicos pelo estabelecimento de saúde, cadastrados no CENES; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 15, IX)

X – documento da Secretaria Estadual de Saúde ou Secretaria Municipal de Saúde que comprove a garantia de assistência do paciente com DRG, por meio da regulação de urgência e emergência, no caso de intercorrência durante o tratamento de diálise; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 15, X)

XI – Termo de compromisso assinado pelo responsável técnico do estabelecimento de saúde que presta assistência à saúde em DRG garantindo o encaminhamento de todos os pacientes em diálise para avaliação por uma equipe de transplante; e (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 15, XI)

XII – cópia da publicação, em diário oficial, do extrato de contrato com o estabelecimento de saúde, quando este não for da rede própria vinculada à respectiva Secretaria de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 15, XII)

§ 1º No caso do inciso III, o serviço público deve ter a cópia do parecer técnico conclusivo da situação encontrada que será anexado ao processo. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 15, § 1º)

§ 2º O processo de habilitação deverá ser formalizado pela Secretaria Estadual de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 15, § 2º)

§ 3º O respectivo gestor público de saúde estadual analisará a necessidade e os critérios estratégicos e técnicos dispostos neste Capítulo e dará início ao processo de habilitação. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 15, § 3º)

§ 4º A ausência da análise de que trata o § 3º impede a sequência do processo de habilitação. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 15, § 4º)

§ 5º Uma vez emitido o parecer favorável a respeito do credenciamento pelo gestor público de saúde estadual, o processo com a documentação comprobatória ficará na posse do gestor do SUS, disponível ao Ministério da Saúde para fins de supervisão e auditoria. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 15, § 5º)

Art. 74. Para habilitação dos estabelecimentos de saúde para integrar a linha de cuidado da pessoa com DRG como Unidade Especializada em DRG com TRS/Diálise, as Secretarias de Saúde Estaduais deverão observar o disposto nos arts. 72 e 73 do Anexo IV. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 16)

Art. 75. O Ministério da Saúde avaliará os documentos encaminhados pelas Secretarias de Saúde, podendo proceder a vistoria "in loco" para conceder a adesão/habilitação do serviço de saúde. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 17)

Parágrafo Único. Caso a avaliação seja favorável, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) tomará as providências para a publicação da Portaria específica de habilitação. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 17, Parágrafo Único)

Art. 76. Para que os estabelecimentos atualmente habilitados em Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia (serviço de nefrologia) - código 1501 ou em Centro de referência de alta complexidade em nefrologia - código 1502 se habilitem como Unidade Especializada em DRG com TRS/Diálise, o ente federativo interessado, por meio de sua respectiva Secretaria de Saúde, deverá encaminhar ao Ministério da Saúde as informações previstas art. 72. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 18)

Seção V

Da Composição das Equipes

(Origem: PRT MS/GM 389/2014, CAPÍTULO V)

Art. 77. A Unidade Especializada em DRG terá a seguinte equipe mínima: (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 19)

I - médico nefrologista; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 19, I)

II - enfermeiro; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 19, II)

III - nutricionista; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 19, III)

IV - psicólogo; e (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 19, IV)

V - assistente social. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 19, V)

Art. 78. A Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia que ofertar a modalidade de HD, terá a seguinte equipe mínima: (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 20)

I - 1 (um) médico nefrologista que responda pelos procedimentos e intercorrências médicas como Responsável Técnico; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 20, I)

II - 1 (um) enfermeiro, especializado em nefrologia, que responda pelos procedimentos e intercorrências de enfermagem como Responsável Técnico; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 20, II)

III - médico nefrologista; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 20, III)

IV - enfermeiro especialista em nefrologia; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 20, IV)

V - assistente social; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 20, V)

VI - psicólogo; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 20, VI)

VII - nutricionista; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 20, VII)

VIII - técnico de enfermagem; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 20, VIII)

IX - técnico de enfermagem exclusivo para o reprocessamento dos capilares; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 20, IX)

X - funcionário exclusivo para serviços de limpeza; e (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 20, X)

XI - técnico responsável pela operação do sistema de tratamento de água para diálise, para os serviços que possui o programa de hemodiálise. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 20, XI)

Art. 79. A Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia que ofertar a modalidade de DPAG ou DPA terá a seguinte equipe mínima: (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 21)

I - médico nefrologista, como responsável técnico; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 21, I)

II - enfermeiro nefrologista, como responsável técnico; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 21, II)

III - nutricionista; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 21, III)

IV - psicólogo; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 21, IV)

V - assistente social; e (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 21, V)

VI - técnico de enfermagem. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 21, VI)

Art. 80. A composição mínima da equipe da Unidade Especializada em DRG com TRS/Diálise observará o disposto nos arts. 77, 78 e 79 do Anexo IV, no que couber. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 22)

Parágrafo Único. O mesmo profissional poderá compor a equipe da Unidade Especializada em DRG com TRS/Diálise na atenção de média e alta complexidade, desde que em diferentes turnos. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 22, Parágrafo Único)

Art. 81. A substituição dos profissionais que compõem as equipes mínimas deve ser providenciada nos respectivos períodos de férias. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 23)

Art. 82. O médico e o enfermeiro de que trata os incisos I e II do art. 78 e os incisos I e II do art. 79 só podem ser os Responsáveis Técnicos de 1 (uma) Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia ou de 1 (uma) Unidade Especializada em DRG com TRS/Diálise. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 24)

Art. 83. Para o programa de DPAG e de DPA, deverá ser obedecida a proporção de pelo menos 1 (um) enfermeiro para cada 50 (cinquenta) pacientes. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 25)

Art. 84. Para o programa de DPI, deverá ser obedecido, no mínimo, a seguinte proporção: (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 26)

I – 1 (um) médico nefrologista durante o dia, para avaliação dos pacientes e atendimento das intercorrências, podendo ser o mesmo da hemodiálise, DPAG, DPA, desde que não ultrapasse a relação de 1 (um) médico para cada 35 (trinta e cinco) pacientes; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 26, I)

II – 1 (um) médico para atendimento de urgências no período noturno para cada 35 (trinta e cinco) pacientes; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 26, II)

III – 1 (um) enfermeiro, em conformidade com o art. 89, para cada 35 (trinta e cinco) pacientes, durante o dia; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 26, III)

IV – 1 (um) enfermeiro, em conformidade com o art. 89, para cada 35 (trinta e cinco) pacientes, durante o período noturno; e (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 26, IV)

V – 1 (um) técnico de enfermagem em todos os turnos, para cada 2 (dois) pacientes, ou para cada 4 (quatro), no caso de todos os postos de atendimento contarem com máquinas para diálise peritoneal. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 26, V)

Art. 85. Para a HD, deverá ser obedecido, no mínimo, a seguinte proporção: (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 27)

I – 1 (um) médico nefrologista para cada 35 (trinta e cinco) pacientes, em cada turno; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 27, I)

II – 1 (um) enfermeiro para cada 35 (trinta e cinco) pacientes, em cada turno; e (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 27, II)

III – 1 (um) técnico de enfermagem para cada 4 (quatro) pacientes por sessão de HD. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 27, III)

Parágrafo Único. Todos os membros da equipe de saúde responsáveis pelo atendimento durante o procedimento hemodialítico devem permanecer no ambiente de diálise durante toda a sessão. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 27, Parágrafo Único)

Art. 86. Os procedimentos de diálise pediátrica, que abrangem a faixa etária de 0 a 12 anos completos, devem ser acompanhados por médico nefrologista pediátrico. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 28)

§ 1º Em Municípios que não contam com nefrologista pediátrico, o tratamento deverá ser acompanhado, também, por um pediatra, não sendo necessária sua vinculação com o serviço de diálise. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 28, § 1º)

§ 2º A proporção de técnico de enfermagem deve ser de 1 (um) para cada 2 (dois) pacientes por turno. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 28, § 2º)

§ 3º O paciente pediátrico terá direito ao acompanhamento de membro da família ou de responsável durante o atendimento dialítico. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 28, § 3º)

Art. 87. Cada nefrologista pode prestar serviços em diferentes serviços de diálise ou diferentes turnos, desde que sua responsabilidade não ultrapasse o total de 70 (setenta) pacientes inscritos em programa de tratamento dialítico. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 29)

Art. 88. Os médicos nefrologistas dos serviços de diálise devem ter o título de especialista ou certificado registrado pelo Conselho Federal de Medicina. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 30)

Art. 89. A capacitação formal e o credenciamento dos enfermeiros na especialidade de nefrologia devem ser comprovados por declaração ou certificado, respectivamente, reconhecidos pela Associação Brasileira de Enfermagem em Nefrologia (SOBEN). (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 31)

§ 1º No caso do título de especialista, poderá ser obtido através de especialização em Nefrologia reconhecida pelo Ministério da Educação ou pela SOBEN através da prova de título, seguindo as normas do Conselho Federal de Enfermagem. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 31, § 1º)

§ 2º O enfermeiro que estiver em processo de capacitação deve ser supervisionado por um enfermeiro especialista em nefrologia. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 31, § 2º)

Seção VI-

Do Monitoramento e Avaliação-

(Origem: PRT MS/GM 389/2014, CAPÍTULO VII)

Art. 90. Os estabelecimentos de saúde autorizados a prestar atenção à saúde às pessoas com DRG no âmbito do SUS serão submetidos à regulação, controle e avaliação dos seus respectivos gestores, estando sob responsabilidade destes gestores, dentre outras, as seguintes atribuições: (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 34)

I – avaliação da estrutura e equipe dos estabelecimentos por eles autorizados para prestar o cuidado; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 34, I)

II – avaliação da compatibilidade entre o número de casos esperados para a população atendida, o número de atendimentos realizados e o número de procedimentos faturados, observando também a distribuição numérica esperada dos procedimentos (consultas e acompanhamentos/tratamentos); e (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 34, II)

III – avaliação da qualidade dos serviços prestados pelos estabelecimentos. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 34, III)

Art. 91. O cumprimento das metas físicas de que trata o art. 206, § 2º da Portaria de Consolidação nº 6 será avaliado a cada 3 (três) meses a partir da adesão ou habilitação, por meio do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) ou de outros sistemas de informação oficiais definidos pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 35)

§ 1º A ausência de informação por 3 (três) meses consecutivos no SIA/SUS acarretará a suspensão do repasse do incentivo financeiro de que trata o art. 206 da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 35, § 1º)

§ 2º Em caso de não se constatar no SIA/SUS o cumprimento do percentual de pessoas com DRG nos estágios 4 e 5 pré diálise em relação ao percentual de pessoas com DRG em diálise/TRS no respectivo estabelecimento de saúde, conforme preconizado no Anexo XVII da Portaria de Consolidação nº 6, poderá ocorrer a reclassificação ou extinção das habilitações das Unidades Especializadas em DRG com TRS/Diálise. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 35, § 2º)

§ 3º O estabelecimento de saúde que não realizar as metas físicas estabelecidas pelo gestor público de saúde será notificado e desabilitado. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 35, § 3º)

§ 4º O gestor público de saúde interessado em manter a habilitação do serviço a ser desabilitado nos termos do § 3º deverá encaminhar ao Ministério da Saúde, no prazo máximo de 15 (quinze) dias a contar do recebimento da notificação, a justificativa para o não cumprimento da produção mínima exigida. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 35, § 4º)

§ 5º O Ministério da Saúde analisará a justificativa de que trata o § 4º e decidirá pela manutenção da habilitação ou pela desabilitação do serviço. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 35, § 5º)

§ 6º A desabilitação do estabelecimento de saúde será processada pela edição de ato específico do Ministro de Estado da Saúde, com indicação do ente federativo desabilitado, nome e Código SCNES do serviço desabilitado e o tipo de habilitação cancelada. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 35, § 6º)

§ 7º O ente federativo desabilitado fica obrigado a restituir os valores de que trata o art. 296 da Portaria de Consolidação nº 6 referente ao período de 3 (três) meses no quais não tenha cumprido as metas físicas estabelecidas pelo gestor público de saúde. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 35, § 7º)

§ 8º A restituição de que trata o § 7º será operacionalizada pelo Departamento de Regulação, Avaliação e Controle (DRAC/SAS/MS) por meio do encontro de contas entre o montante transferido e o efetivamente realizado pelos serviços e gasto por cada Estado, Distrito Federal ou Município, quando ficar constatado a produção diferente do disposto neste Capítulo, tanto em relação ao rol mínimo, quanto em relação ao mínimo de procedimentos, sendo os valores não utilizados descontados dos Tetos Financeiros de Média e Alta Complexidade do respectivo Estado, Distrito Federal ou Município. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 35, § 8º)

Art. 92. Os estabelecimentos de saúde que prestam assistência às pessoas com DRG, habilitados pelos critérios definidos neste Capítulo, deverão produzir as informações para atender aos indicadores de qualidade definidos no Anexo 6 do Anexo IV e se comprometer com as metas estabelecidas. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 36)

Art. 93. Os recursos financeiros transferidos serão movimentados sob fiscalização do respectivo Conselho de Saúde, sem prejuízo da fiscalização exercida pelos órgãos do sistema de controle interno do Poder Executivo e pelo Tribunal de Contas da União conforme disposto no art. 3º do Decreto nº 4.232, de 30 de agosto de 1994. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 37)

Art. 94. O monitoramento de que trata este Capítulo não dispensa o ente federativo beneficiário de comprovação da aplicação dos recursos financeiros percebidos por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG). (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 38)

Art. 95. O Sistema Nacional de Auditoria (SNA), com fundamento nos relatórios de gestão, acompanhará a conformidade da aplicação dos recursos transferidos nos termos do disposto no art. 5º do Decreto nº 4.232, de 1994. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 39) [\(Revogado pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

Seção VII

Das Disposições Finais

(Origem: PRT MS/GM 389/2014, CAPÍTULO VIII)

[\(Revogado pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

Art. 96. Fica incluído o campo "Vinculação das Unidades Básicas de Saúde às unidades de atenção especializada ambulatorial em doença renal crônica" no Módulo Básico do SCNES. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 48) [\(Revogado pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

Art. 97. Para fins de acesso à informação, deve ser garantido aos conselhos de saúde e às associações ou comissões de pacientes com DRG, o acesso aos estabelecimentos de saúde que prestam atendimento às pessoas com DRG. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 49) [\(Revogado pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

Parágrafo Único. O acesso aos estabelecimentos de saúde de que trata o "caput" se dará de modo a preservar as condições de sigilo médico, previstas no Código de Ética Médica. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 49, Parágrafo Único) [\(Revogado pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

CAPÍTULO III

CRITÉRIOS PARA A ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DO CUIDADO DA PESSOA COM DOENÇA RENAL CRÔNICA - DRC NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

[\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

Seção I

Das Disposições Gerais

[\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

Art. 59. Este capítulo define os critérios para a organização e funcionamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica - DRC. [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

Art. 60. Ficam mantidas as Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com Doença Renal Crônica no Sistema Único de Saúde. [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

Parágrafo único. Para o cumprimento no disposto nesta norma, devem ser observados os seguintes anexos: [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

I - Anexo 12 do Anexo IV - Formulário para habilitação em Atenção Especializada em DRC; e [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

II - Anexo 6 do Anexo IV - Indicadores de qualidade. [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

Seção II

Das Diretrizes e Critérios para a Organização e Funcionamento do Cuidado da Pessoa com DRC

[\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

Art. 61. A organização e o funcionamento do cuidado à pessoa com Doença Renal Crônica na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas observará as seguintes diretrizes: [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

I - organização em Rede de Atenção à Saúde - RAS, com a Atenção Básica como coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede; [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

II - atenção e o diagnóstico precoce, de modo a identificar as pessoas com DRC de acordo com suas necessidades e demandas do território; [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

III - implementação da estratificação de risco da população com DRC de acordo com a classificação do seu estágio clínico, segundo a alteração de exame laboratorial da Taxa de Filtração Glomerular - TFG; [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

IV - financiamento para prevenção, tratamento dos fatores de risco e tratamento da DRC, com base nas metas físicas e orçamentárias definidas na Programação de Ações e Serviços de Saúde - PGASS - e registradas na Programação Física-Orçamentaria; [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

V - promoção da educação permanente de profissionais da saúde para a prevenção, diagnóstico e tratamento da DRC e dos fatores de risco que levam à DRC, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - PNEPS; [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

VI - implementação das diretrizes expressas no Programa Nacional de Segurança do Paciente; [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

VII - garantia da oferta de apoio diagnóstico e terapêutico adequado para tratamento da DRC e dos fatores de risco que levam à DRC; [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

VIII - articulação intersetorial e garantia de ampla participação e controle social; [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

IX - desenvolvimento de medidas de promoção da saúde e que garantam a difusão das ações de saúde e o cuidado à pessoa com DRC de forma compartilhada entre os entes federados; [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

X - garantia da atenção nutricional às pessoas com Doença Renal Crônica, segundo a diretriz da Política Nacional de Alimentação e Nutrição - PNAN; [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

XI - garantia do transporte sanitário adequado, de acordo com as características territoriais; e [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

XII - garantia do acesso por meio da regulação de todas as modalidades de tratamento dialítico [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

Art. 62. Para efeito deste Capítulo, a classificação do estágio clínico da DRC, segundo a TFG, observará aos seguintes parâmetros: [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

I - DRC estágio 1: TFG ≥ 90 mL/min/1,73m² na presença de proteinúria e/ou hematuria ou alteração no exame de imagem; [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

II - DRC estágio 2: TFG ≥ 60 a 89 mL/min/1,73m²; [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

III - DRC estágio 3a: TFG ≥ 45 a 59 mL/min/1,73m²; [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

IV - DRC estágio 3b: TFG ≥ 30 a 44 mL/min/1,73m²; [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

V - DRC estágio 4: TFG ≥ 15 a 29 mL/min/1,73m²; e [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

VI - DRC estágio 5: TFG < 15 mL/min/1,73m². [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

§ 1º É recomendado que o laboratório de análises clínicas disponibilize o resultado do exame de dosagem de creatinina acompanhado do resultado da TFG. [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

§ 2º As diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com DRC no SUS orientam quanto às classificações do estágio clínico da DRC e as fórmulas para o cálculo da TFG. [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

Art. 63. São atribuições no cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas: [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

I - do componente da Atenção Básica: [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

a) realizar ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos e controle das principais patologias relacionadas à DRC, como Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, considerados os fatores de risco mais prevalentes na população; [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

b) atualizar o calendário vacinal das pessoas com DRC, conforme Programa Nacional de Imunização do Ministério da Saúde - PNI/MS; [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

c) identificar determinantes e condicionantes das principais patologias que podem levar a DRC; [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

d) realizar acolhimento com classificação e estratificação de risco e vulnerabilidade, diagnóstico precoce e tratamento oportuno da DRC de acordo com as Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com DRC no SUS; [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

e) coordenar o cuidado atuando como o centro de comunicação entre os diversos componentes da RAS e ordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas; [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

f) realizar atividades educativas e apoiar o autocuidado, ampliando a autonomia da pessoa com DRC; [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

g) realizar abordagem multiprofissional e intersetorial, incluindo o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica - Nasf-AB - e outros programas e ações da Atenção Básica no acompanhamento aos pacientes com DRC; [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

h) manter o Sistema de Informação da Atenção Básica - SISAB - vigente atualizado e com registro qualificado das informações pelos profissionais; [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

i) responsabilizar-se no território adscrito pelo cuidado à pessoa em tratamento dialítico e seus familiares; e [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

j) utilizar tecnologias como Telessaúde ou outras estratégias locais para qualificar o processo de trabalho, através do uso de protocolos de encaminhamento de maneira integrada com a Regulação; [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

II - do componente da Atenção Especializada: [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

a) realizar a atenção ambulatorial e hospitalar de forma multiprofissional e intersetorial, de acordo com o documento das Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com DRC no SUS, incluindo a necessidade da Terapia Renal Substitutiva - TRS, nas modalidades de hemodiálise e diálise peritoneal; [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

b) realizar o matriciamento pela equipe multiprofissional especializada em DRC a partir da integração com as equipes da Atenção Básica; [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

c) disponibilizar carga horária adequada à realidade local para realizar o matriciamento, mediante realização presencial ou à distância, ou por meio dos Núcleos do Telessaúde, conforme definição e pactuação do gestor público de saúde; [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

d) diagnosticar, quando da necessidade de TRS-diálise, os casos com indicação para procedimento cirúrgico da confecção de fistula arteriovenosa ou implante de cateter para diálise peritoneal, conforme o documento das Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com DRC no âmbito do SUS; [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

e) realizar a confecção da fistula artério venosa de acesso à hemodiálise ou o implante de cateter para diálise peritoneal, conforme definição e pactuação do gestor público de saúde; [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

f) garantir o encaminhamento ou transferência por meio da regulação de acesso de urgência e emergência para hospital vinculado ao SUS de retaguarda para os casos que necessitem de internação decorrente do tratamento dialítico; [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

g) manter comunicação com as equipes multiprofissionais dos demais componentes da RAS; [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

h) manter o Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS - vigente atualizado e com registro qualificado das informações pelos profissionais; e [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

i) prestar os primeiros atendimentos ao paciente nos casos de intercorrências quando ocorrerem durante o processo dialítico, garantindo a estabilização do paciente. [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

Art. 64. Compete ao componente da Atenção Básica a gestão do cuidado à pessoa com DRC e a atenção dos estágios clínicos 1 ao 3, conforme disposto nas Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com DRC no SUS. [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

Art. 65. Compete ao componente da Atenção Especializada o cuidado à pessoa com DRC dos estágios clínicos 4 e 5 - pré-dialítico e dialítico -, bem como o matriciamento às equipes da Atenção Básica para o estágio clínico 3, conforme disposto nas Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com DRC no SUS. [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

Seção III

Das Tipologias e Atribuições das Unidades de Atenção Especializada em DRC

[\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

Art. 66. A Atenção Especializada em DRC será estruturada para fins de habilitação pelo Ministério da Saúde conforme as seguintes tipologias: [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

~~I - Atenção Ambulatorial Especializada em DRC nos estágios 3, 4 e 5 - Pré-Dialítico - código 15.06; [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)~~

I - Atenção Especializada em DRC nos estágios 4 e 5 - PréDialítico - código 15.06; [\(Redação dada pela PRT GM/MS 3415 de 22.10.2018\)](#)

II - Atenção Especializada em DRC com hemodiálise - código 15.04; e [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

III - Atenção Especializada em DRC com diálise peritoneal - código 15.05. [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

§ 1º Para os estabelecimentos de saúde habilitados em Atenção Ambulatorial Especializada em DRC nos estágios 3, 4 e 5 - Pré-Dialítico - código 15.06, fica instituída a Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em DRC. [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

~~§ 2º Os estabelecimentos de saúde a serem habilitados no código 15.06 deverão ser de natureza pública ou filantrópica. [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)~~

§ 2º Os estabelecimentos de saúde a serem habilitados no código 15.06 deverão ser, preferencialmente, de natureza pública ou filantrópica. [\(Redação dada pela PRT GM/MS 3415 de 22.10.2018\)](#)

~~§ 3º Os estabelecimentos de saúde de Atenção Especializada em DRC com hemodiálise - 15.04 - e com diálise peritoneal - 15.05 - poderão ser habilitados de forma concomitante. [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)~~

§ 3º Os estabelecimentos de saúde de Atenção Especializada em DRC poderão ser habilitados de forma concomitante nos códigos 15.04, 15.05 e 15.06. [\(Redação dada pela PRT GM/MS 3415 de 22.10.2018\)](#)

Art. 67. Os estabelecimentos de saúde habilitados como Atenção Especializada em DRC deverão: [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

I - ofertar atendimento ambulatorial aos pacientes que estão em processo de diálise, sob sua responsabilidade; [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

II - ofertar uma ou mais das modalidades de diálise; [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

III - fornecer ao paciente, mediante avaliação do nutricionista, o aporte nutricional, durante a permanência na clínica; [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

IV - prover os exames laboratoriais, conforme disposto nas diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com DRC, podendo ser realizados em serviço de referência devidamente formalizado; [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

V - prover os exames de imagem, conforme disposto nas diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com DRC, de acordo com o contrato estabelecido com o gestor público de saúde; [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

VI - observar a legislação sanitária, inclusive a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 11, de 13 de março de 2014, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa, ou a que vier substituir; [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

VII - indicar a realização da confecção da fistula artério venosa de acesso à hemodiálise ou do implante de cateter para diálise peritoneal, de acordo com o contrato estabelecido com o gestor público de saúde; [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

VIII - prestar os primeiros atendimentos ao paciente nos casos de intercorrências durante o processo de diálise, garantindo sua estabilização; [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

IX - acionar a central de regulação de urgência e emergência para o transporte do paciente, quando necessário; [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

X - manter comunicação com as equipes multiprofissionais dos demais componentes da RAS; [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

XI - registrar os atendimentos, os resultados dos exames realizados e os indicadores da efetividade dialítica nos prontuários dos pacientes, mantendo-os atualizados; e [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

XII - informar ao paciente a necessidade de inscrição em lista de espera para o transplante renal, bem como encaminhá-lo para a avaliação por uma equipe de transplante, quando couber. [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

Art. 68. A sala para atendimento ao paciente "HbsAg+" será opcional, caso o estabelecimento de diálise celebre convênio ou contrato formal com outro serviço para o atendimento destes pacientes. [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

Art. 69. Os pacientes devem ser submetidos à confecção da fistula artério venosa de acesso à hemodiálise, de acordo com a condição vascular e indicação médica. [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

Art. 70. Os pacientes que optarem por diálise peritoneal deverão ser encaminhados juntamente com os seus familiares ou responsáveis para treinamento específico. [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

Seção IV

Do Tratamento Dialítico em Trânsito

[\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

Art. 71. Considera-se como tratamento dialítico em trânsito aquele em que o paciente necessita, por no máximo 30 (trinta) dias, da Terapia Renal Substitutiva - TRS em estabelecimento de saúde situado em localidade diversa de onde originalmente realiza o procedimento dialítico. [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

Art. 72. A assistência ao paciente dialítico em trânsito deve estar em conformidade com as normas de regulação do acesso instituídas pelas secretarias de saúde envolvidas e seguir o seguinte fluxo: [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

I - deve haver solicitação do paciente ao estabelecimento de saúde de origem acerca da necessidade do tratamento dialítico em trânsito, informando o período, o município e o Estado (UF) de destino; [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

II - o estabelecimento de saúde de origem deve solicitar ao gestor de saúde do município de origem a verificação de disponibilidade de vaga para o tratamento no município e Estado (UF) de destino; [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

III - havendo a disponibilidade de vaga, o gestor de saúde do município de destino deve informar ao gestor de saúde do município de origem qual será o estabelecimento de saúde de destino que acolherá o paciente em trânsito; [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

IV - o gestor de saúde do município de origem deve informar ao estabelecimento de saúde de origem e ao paciente qual o estabelecimento de saúde de destino em que se dará o tratamento dialítico em trânsito; e [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

V - o estabelecimento de saúde de origem deve comunicar ao estabelecimento de saúde de destino, mediante relatório, as seguintes informações, que deverão ficar arquivadas no estabelecimento de saúde de destino para fins de controle e auditoria: [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

- a) características do tratamento; [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)
- b) tipo de acesso vascular; [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)
- c) resultados dos exames realizados no mês; [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)
- d) situação vacinal; e [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)
- e) uso de medicamentos. [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

Art. 73. O procedimento dialítico em trânsito deverá ser informado no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS - SIA-SUS, sob o código "03.05.01.021-2 - IDENTIFICAÇÃO DE PACIENTE SOB TRATAMENTO DIALÍTICO EM TRÂNSITO" [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

Art. 74. Haverá a compensação do pagamento dos procedimentos dialíticos em trânsito, conforme a produção informada pelo estabelecimento de saúde de destino, nos termos do art. 299 da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

Seção V

Da Habilitação para a Organização e Funcionamento do Cuidado da Pessoa com DRC

[\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

Art. 75. Para a habilitação dos estabelecimentos de saúde como Atenção Especializada em DRC, as Secretarias Estaduais de Saúde deverão encaminhar ao Ministério da Saúde, por meio do Sistema de Apoio à Implementação de Políticas de Saúde - SAIPS, as seguintes informações: [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

I - Resolução da Comissão Intergestores Bipartite - CIB - ou, no caso do Distrito Federal, do Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde - CGSES/DF, ou da Comissão Intergestores Regional - CIR, conforme deliberação em CIB, contendo: [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

a) tipo de habilitação com o respectivo código de habilitação, nome do estabelecimento de saúde e CNES; e [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

b) valor do impacto financeiro mensal e anual segundo os valores dos procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS, anexando a memória de cálculo; [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

II - relatório de vistoria realizado pela vigilância sanitária local, onde conste a estrita observância da RDC nº 11, de 13 de março de 2014, e cópia da licença de funcionamento; e [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

III - formulário para habilitação em Atenção Especializada em DRC, disponível via SAIPS. [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

§ 1º O processo de habilitação deverá ser formalizado pela Secretaria Estadual de Saúde. [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

§ 2º O respectivo gestor público de saúde estadual analisará a necessidade e os critérios estratégicos e técnicos dispostos e dará início ao processo de habilitação. [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

§ 3º A ausência da análise de que trata o § 2º impede a sequência do processo de habilitação. [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

§ 4º Após a emissão do parecer favorável à habilitação pelo gestor público de saúde estadual, o processo com a documentação comprobatória ficará na posse do gestor do SUS, disponível ao Ministério da Saúde para fins de supervisão e auditoria. [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

Art. 76. O Ministério da Saúde avaliará os documentos encaminhados pelas Secretarias de Saúde, podendo proceder a vistoria in loco para conceder a habilitação do serviço de saúde. [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

Parágrafo Único. Caso a avaliação seja favorável, o Ministério da Saúde tomará as providências para a publicação da Portaria específica de habilitação. [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

Seção VI

Das Equipes

[\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

Art. 77. O estabelecimento de saúde habilitado como "Atenção Ambulatorial Especializada em DRC - código 15.06" terá a seguinte Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em DRC: [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

- I - médico nefrologista; [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)
- II - enfermeiro; [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)
- III - nutricionista; [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)
- IV - psicólogo; e [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)
- V - assistente social. [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

§ 1º Compete à Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em DRC: [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

I - constituir preferencialmente referência regional para assistência ambulatorial em DRC para os estágios 3, 4 e 5; [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

II - construir o plano de cuidado de maneira integrada com a Atenção Básica; [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

III - realizar o matriciamento para as equipes de Atenção Básica para o estágio 3 e o acompanhamento multiprofissional em DRC para os estágios 4 a 5; e [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

IV - encaminhar os casos com indicação de diálise em período suficiente para o início programado do tratamento renal substitutivo - hemodiálise ou diálise peritoneal. [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

§ 2º O acompanhamento multiprofissional em DRC de que trata o inciso III do § 1º consiste na realização de consultas multiprofissionais e na realização de exames na periodicidade recomendada no documento das Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com DRC no âmbito do SUS no estágio 4 e 5 pré-dialítico. [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

Art. 78. O estabelecimento de saúde habilitado como "Atenção Especializada em DRC com hemodiálise - código 15.04" terá a seguinte equipe mínima: [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

I - 2 (dois) médicos, sendo 1 (um) o responsável técnico, ambos com especialização em nefrologia, comprovada por título e registrada pelo Conselho Regional Medicina - CRM; [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

II - 2 (dois) enfermeiros, sendo 1 (um) o responsável técnico, ambos com especialização em nefrologia, comprovada por título e registrada pelo Conselho Regional de Enfermagem - COREN; [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

III - assistente social; [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

IV - psicólogo; [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

V - nutricionista; e [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

VI - técnico de enfermagem. [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

Art. 79. O serviço responsável pela operação do Sistema de Tratamento e Distribuição de Água para Hemodiálise - SADTH poderá ser terceirizado. [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

Art. 80. O estabelecimento de saúde habilitado como "Atenção Especializada em DRC com diálise peritoneal - código 15.05" terá a seguinte equipe mínima: [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

I - 1 (um) médico, responsável técnico, com especialização em nefrologia, comprovada por título e registrada pelo Conselho Regional Medicina - CRM; [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

II - 1 (um) enfermeiro, responsável técnico, com especialização em nefrologia, comprovada por título e registrada pelo Conselho Regional de Enfermagem - COREN; [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

III - nutricionista; [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

IV - psicólogo; [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

V - assistente social; e [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

VI - técnico de enfermagem. [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

Art. 81. O médico nefrologista e o enfermeiro nefrologista podem ser os responsáveis técnicos de 1 (um) estabelecimento de saúde habilitado como Atenção Especializada em DRC. [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

Art. 82. Para o estabelecimento de saúde habilitado como "Atenção Especializada em DRC com diálise peritoneal - código 15.05" deverá ser obedecida, no mínimo, a seguinte proporção: [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

I - 1 (um) médico nefrologista para cada 50 (cinquenta) pacientes; e [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

II - 1 (um) enfermeiro para cada 50 (cinquenta) pacientes. [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

Art. 83. Para o estabelecimento de saúde habilitado como "Atenção Especializada em DRC com hemodiálise - código 15.04" deverá ser obedecida, no mínimo, a seguinte proporção: [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

I - 1 (um) médico nefrologista para cada 50 (cinquenta) pacientes, em cada turno; [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

II - 1 (um) enfermeiro para cada 50 (cinquenta) pacientes, em cada turno; e [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

III - 1 (um) técnico de enfermagem para cada 6 (seis) pacientes em cada turno. [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

Art. 84. Durante o procedimento dialítico, o paciente não poderá ficar sem a disponibilidade dos profissionais médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem. [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

Art. 85. Para o atendimento em diálise pediátrica, que abrange a faixa etária de 0 a 12 anos completos, o profissional médico nefrologista deve ser capacitado. [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

Seção VII

Do Monitoramento e Avaliação

[\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

Art. 86. Os estabelecimentos de saúde habilitados em Atenção Especializada em DRC no âmbito do SUS serão submetidos à regulação, controle e avaliação dos seus gestores públicos de saúde. [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

Art. 87. Os gestores públicos de saúde possuem as seguintes atribuições: [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

I - avaliar a estrutura e equipe dos estabelecimentos por eles autorizados para prestar o cuidado; [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

II - avaliar a compatibilidade entre o número de casos esperados para a população atendida, o número de atendimentos realizados e o número de procedimentos faturados, observando também a distribuição numérica esperada dos procedimentos - consultas e acompanhamentos/tratamentos; [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

III - avaliar a qualidade dos serviços prestados pelos estabelecimentos; e [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

IV - controlar a frequência de pacientes em tratamento dialítico, preferencialmente por meio de sistema eletrônico, para fins de cobrança dos procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS. [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

Art. 88. As Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios e os estabelecimentos de saúde, em seus respectivos âmbitos de atuação, deverão produzir as informações para monitorar os indicadores de qualidade definidos no Anexo 6 do Anexo IV desta Portaria. [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

Parágrafo único. As informações produzidas para o monitoramento dos indicadores de qualidade devem estar disponíveis e atualizadas. [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

Art. 89. A manutenção da habilitação dos estabelecimentos de saúde de Atenção Especializada em DRC está condicionada: [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

I - ao cumprimento contínuo das normas estabelecidas nesta Portaria; [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

II - a existência do contrato ou convênio com o estabelecimento de saúde habilitado em Atenção Especializada em DRC, quando este não for da rede própria vinculada à respectiva Secretaria de Saúde; [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

III - aos resultados gerados pelo Sistema Nacional de Auditorias recomendadas pela SAS/MS e executadas pelos órgãos de controle; e [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

IV - ao registro regular no SIA/SUS ou de outros sistemas de informação oficiais definidos pelo Ministério da Saúde, não podendo ultrapassar o período de 3 (três) meses consecutivos sem registro de informação. [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

Art. 90. Na hipótese de descumprimento do disposto artigo 86, a desabilitação dos estabelecimentos de saúde habilitados de acordo com as normas desta Portaria ocorrerá: [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

I - a pedido do gestor público de saúde em seu respectivo âmbito de atuação; ou [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

II - por iniciativa do Ministério da Saúde, que deverá, antes de proceder a desabilitação do serviço, notificar o gestor estadual do SUS, que, por seu turno, terá o prazo de 15 (quinze) dias para regularizar ou apresentar justificativa. [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

Art. 91. O monitoramento de que trata esta Portaria não dispensa o ente federativo beneficiário de comprovação da aplicação dos recursos financeiros percebidos por meio do Relatório Anual de Gestão - RAG. [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

Seção VIII

Das Disposições Finais

[\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

~~**Art. 92.** O procedimento referente ao acompanhamento multiprofissional em DRC estágio 4 pré-diálise deverá ser realizado trimestralmente com APAC de continuidade de validade de 3 (três) competências. [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)~~

Art. 92. O procedimento referente ao acompanhamento multiprofissional em DRC estágio 4 pré-diálise deverá ser realizado trimestralmente com APAC única de validade de 3 (três) competências. [\(Redação dada pela PRT GM/MS 3415 de 22.10.2018\)](#)

Art. 93. O procedimento de acompanhamento multiprofissional em DRC estágio 5 pré-diálise deverá ser realizado mensalmente com APAC de validade fixa de 12 (doze) competências. [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

Art. 94. Para fins de acesso à informação, deve ser garantido aos conselhos de saúde e às associações ou comissões de pacientes com DRC, o acesso aos estabelecimentos de saúde que prestam atendimento às pessoas com DRC. [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

Parágrafo Único. O acesso aos estabelecimentos de saúde de que trata o caput se dará de modo a preservar as condições de sigilo médico, previstas no Código de Ética Médica. [\(Redação dada pela PRT GM/MS 1675 de 07.06.2018\)](#)

CAPÍTULO IV

DAS DIRETRIZES DE CUIDADO À PESSOA TABAGISTA NO ÂMBITO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS DO SUS

Art. 98. Ficam atualizadas as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde e dá outras providências. (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 1º)

Art. 99. Constituem-se diretrizes para o cuidado às pessoas tabagistas: (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 2º)

I - reconhecimento do tabagismo como fator de risco para diversas doenças crônicas; (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 2º, I)

II - identificação e acolhimento às pessoas tabagistas em todos os pontos de atenção; (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 2º, II)

III - apoio terapêutico adequado em todos os pontos de atenção; (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 2º, III)

IV - articulação de ações intersetoriais para a promoção da saúde, de forma a apoiar os indivíduos, as famílias e a comunidade na adoção de modos de vida saudáveis; (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 2º, IV)

V - estabelecimento de estratégias para apoio ao autocuidado das pessoas tabagistas, de maneira a garantir sua autonomia e a corresponsabilização dos atores envolvidos, com participação da família e da comunidade; e (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 2º, V)

VI - formação profissional e educação permanente dos profissionais de saúde para prevenção do tabagismo, identificação e tratamento das pessoas tabagistas, por meio de atividades que visem à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde para qualificação do cuidado, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e com as diretrizes nacionais e/ou locais sobre o cuidado da pessoa tabagista. (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 2º, VI)

Art. 100. A atenção às pessoas tabagistas deverá ser realizada em todos os pontos de atenção do SUS, prioritariamente nos serviços de Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 3º)

Parágrafo Único. Os estabelecimentos de saúde da atenção especializada que já ofertam o tratamento poderão continuar a ofertá-lo. (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 101. O tratamento das pessoas tabagistas inclui avaliação clínica, abordagem mínima ou intensiva, individual ou em grupo e, se necessário, terapia medicamentosa, cujas diretrizes clínicas serão disponibilizadas pelo Ministério da Saúde ou definidas localmente. (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 4º)

Art. 102. Serão disponibilizados para apoio ao tratamento das pessoas tabagistas os seguintes medicamentos: (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 5º)

I - Terapia de Reposição de Nicotina: (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 5º, I)

a) Apresentações: Adesivo transdérmico (7mg, 14mg e 21mg), Goma de mascar (2mg) e Pastilha (2mg). (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 5º, I, a)

II - Cloridrato de Bupropiona: (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 5º, II)

a) Apresentação: Comprimido (150mg). (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 5º, II, a)

§ 1º Os medicamentos serão adquiridos pelo Governo Federal e distribuídos aos Estados, Distrito Federal, Capitais e Municípios com mais de 500.000 habitantes por meio do componente estratégico da assistência farmacêutica. (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 5º, § 1º)

§ 2º Os Municípios com menos de 500.000 habitantes receberão os medicamentos por meio da distribuição realizada pelo estado ao qual pertence. (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 5º, § 2º)

§ 3º A aquisição será baseada na programação nacional, realizada de maneira ascendente e descentralizada, com apoio da assistência farmacêutica municipal e estadual. (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 5º, § 3º)

§ 4º Os medicamentos prescritos pelos profissionais da atenção básica devem ser disponibilizados na própria Unidade Básica de Saúde ou conforme organização da assistência farmacêutica local, devendo ser de fácil acesso ao usuário. (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 5º, § 4º)

Art. 103. A gestão municipal a fim de garantir a atenção à pessoa tabagista, deverá se cadastrar no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br/dab, e por meio do sistema de adesão ao PMAQ, em campo específico, optará por ofertar o tratamento do tabagismo à população assistida. (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 6º)

§ 1º Cada equipe deverá preencher o formulário eletrônico específico sobre a atenção da pessoa tabagista na atenção básica, com informações que subsidiarão a estimativa de medicamentos necessários para o tratamento da população tabagista assistida por cada equipe. (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 6º, § 1º)

§ 2º Os detalhes para que as equipes possam ofertar esse serviço estarão especificados no endereço eletrônico do Departamento de Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 6º, § 2º)

§ 3º O gestor municipal deverá atualizar os dados de todos os estabelecimentos de saúde que ofertam o tratamento do tabagismo com o código 119 no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 6º, § 3º)

Art. 104. Os serviços ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade que ofertam o tratamento ao tabagista deverão informar às Secretarias Municipais de Saúde (SMS) a programação do quantitativo de medicamentos necessários para atendimento aos usuários. A SMS deverá compilar os dados e encaminhar para a respectiva Secretaria Estadual de Saúde (SES) que, em conjunto com a assistência farmacêutica estadual, compilará os dados de todos os Municípios e encaminhará para a Coordenação Nacional do Programa de Controle e Tratamento do Tabagismo que por sua vez encaminhará para a Coordenação-Geral de Assistência Farmacêutica de Medicamentos Estratégicos. (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 7º)

Parágrafo Único. As Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde que disponham de sistemas informatizados para gerenciamento de medicamentos, entre eles o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Horus), poderão extrair os dados a partir deste sistema. (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 7º, Parágrafo Único)

Art. 105. A programação para aquisição dos medicamentos deverá ser realizada pelo Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, que receberá informações provenientes do Instituto Nacional do Câncer (INCA). (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 8º)

§ 1º O Departamento de Atenção Básica (DAB) deverá enviar ao INCA informações que subsidiarão a programação dos medicamentos necessários ao tratamento a ser realizado nas unidades básicas de saúde. (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 8º, § 1º)

§ 2º O INCA compilará as informações enviadas pelo DAB com as demais informações enviadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde, referentes aos demais pontos de atenção que realizam o tratamento ao tabagista. (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 8º, § 2º)

Art. 106. São responsabilidades da gestão Municipal e do Distrito Federal: (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 9º)

I - capacitar profissionais, buscando a capacitação de pelo menos 1 (um) profissional de saúde por estabelecimento; (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 9º, I)

II - estabelecer indicadores e metas de cuidado para avaliação e monitoramento à pessoa tabagista em nível municipal e informá-los aos gestores estadual e federal, conforme sugeridos no Anexo 8 do Anexo IV ; (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 9º, II)

III - receber e armazenar medicamentos em local apropriado; (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 9º, III)

IV - realizar a dispensação dos medicamentos nas unidades básicas de saúde ou conforme organização local; (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 9º, IV)

V - estimular a realização de atividades educativas relativas ao controle e tratamento do tabagismo nas unidades de saúde e em espaços coletivos; e (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 9º, V)

VI - estimular a realização da abordagem mínima e intensiva e disponibilizar o tratamento medicamentoso sempre que necessário. (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 9º, VI)

Art. 107. São responsabilidades da gestão estadual e do Distrito Federal: (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 10)

I - capacitar e apoiar os municípios na capacitação dos profissionais; (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 10, I)

II - monitorar e avaliar os indicadores e metas do cuidado à pessoa tabagista em nível estadual e informá-los ao gestor federal, conforme sugerido no Anexo 8 do Anexo IV ; (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 10, II)

III - receber e armazenar medicamentos em local apropriado e distribuí-los aos Municípios; (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 10, III)

IV - realizar atividades educativas relativas ao controle e tratamento do tabagismo nos estabelecimentos de saúde e em espaços coletivos; e (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 10, IV)

V - estimular a implantação e implementação do cuidado à pessoa tabagista nos Municípios. (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 10, V)

Art. 108. São responsabilidades da gestão federal: (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 11)

I - apoiar os Municípios e Estados na ampliação dos profissionais capacitados; (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 11, I)

II - elaborar materiais de apoio para os processos educativos, com enfoque na abordagem mínima e intensiva e no tratamento medicamentoso; (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 11, II)

III - adquirir de maneira centralizada as medicações e distribuí-las aos Estados, Distrito Federal, capitais e Municípios com mais de 500.000 habitantes; (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 11, III)

IV - estimular a implantação e implementação do cuidado à pessoa tabagista nos Estados e Municípios; e (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 11, IV)

V - monitorar e avaliar os indicadores e metas do cuidado à pessoa tabagista em âmbito nacional, de acordo com a sugestão do Anexo 8 do Anexo IV. (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 11, V)

Art. 109. Define as atribuições gerais dos elementos constitutivos da Rede de Atenção à Saúde do SUS para prevenção e tratamento do tabagismo, nos seguintes termos: (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 12)

I - Atenção Básica: (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 12, I)

a) realizar ações de promoção da saúde e de prevenção do tabagismo de forma intersetorial e com participação popular; (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 12, I, a)

b) identificar as pessoas tabagistas que fazem parte da população sobre sua responsabilidade; (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 12, I, b)

c) realizar a avaliação clínica inicial; (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 12, I, c)

d) prestar assistência terapêutica e acompanhamento individual e/ou em grupo, abrangendo desde a abordagem mínima até a abordagem intensiva, acompanhadas se necessário de tratamento medicamentoso; (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 12, I, d)

e) organizar a realização de consultas e grupos terapêuticos para as pessoas tabagistas; (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 12, I, e)

f) disponibilizar os medicamentos para o tratamento do tabagismo de acordo com a RENAME; (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 12, I, f)

g) diagnosticar e tratar precocemente as possíveis complicações decorrentes do tabagismo; e (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 12, I, g)

h) acionar o Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes ou outra estratégia local, sempre que necessário, para qualificar a atenção prestada. (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 12, I, h)

II - Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar: (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 12, II)

a) realizar a abordagem mínima da pessoa tabagista; (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 12, II, a)

b) iniciar assistência terapêutica, como tratamento oportunístico decorrente do contato com o usuário por outro evento ou patologia; (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 12, II, b)

c) disponibilizar os medicamentos para o tratamento do tabagismo de acordo com a RENAME, quando necessário; (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 12, II, c)

d) orientar o usuário com relação ao retorno à assistência na Atenção Básica para o tratamento do tabagismo, de acordo com diretrizes clínicas do Ministério da Saúde ou estabelecidas localmente; e (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 12, II, d)

e) realizar a contrarreferência por escrito ou por meio eletrônico para a Atenção Básica, de acordo com as diretrizes clínicas locais. (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 12, II, e)

III - Apoio diagnóstico e terapêutico: (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 12, III)

a) realizar exames complementares ao diagnóstico e tratamento das pessoas tabagistas, de acordo com as diretrizes clínicas disponibilizadas posteriormente pelo Ministério da Saúde ou definidas localmente; e (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 12, III, a)

b) prestar assistência farmacêutica necessária ao tratamento clínico da pessoa tabagista, de acordo com as diretrizes clínicas disponibilizadas posteriormente pelo Ministério da Saúde ou definidas localmente. (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 12, III, b)

IV - Sistema de Informação e Regulação: (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 12, IV)

a) implementar sistemas de informação que permitam o acompanhamento do cuidado, a gestão de casos e a regulação do acesso aos serviços de atenção especializada, assim como o monitoramento e a avaliação das ações e serviços. (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 12, IV, a)

Art. 110. O Ministério da Saúde publicará documentos de apoio para o cuidado da pessoa tabagista, como Cadernos Temáticos e Manuais Técnicos. (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 13)

CAPÍTULO V

DAS DIRETRIZES DE CUIDADO E PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E DO CÂNCER DE MAMA NO ÂMBITO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS

Seção I

DO SERVIÇO DE REFERÊNCIA PARA DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE LESÕES PRECURSORAS DO CÂNCER DO COLO DE ÚTERO (SRC), O SERVIÇO DE REFERÊNCIA PARA DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA (SDM)

Art. 111. Esta Seção institui o Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC), o Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM) e os respectivos incentivos financeiros de custeio e de investimento para a sua implantação. (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 1º)

Art. 112. O SRC e o SDM comporão o Componente Atenção Especializada da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas e terão como objetivo fortalecer as ações voltadas ao diagnóstico precoce à confirmação diagnóstica e ao tratamento especializado dos cânceres do colo do útero e da mama. (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 2º)

Parágrafo Único. O SRC e o SDM podem, ainda, integrar a Linha de Cuidado do Câncer de Colo do Útero e do Câncer de Mama, cujas diretrizes para organização serão objeto de ato específico do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 113. As Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios poderão pleitear a habilitação como SRC ou SDM dos estabelecimentos de saúde públicos ou privados que atuam de forma complementar ao Sistema Único de Saúde (SUS) que: (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 3º)

I - realizem, por meio de infraestrutura própria, todos os procedimentos constantes do Anexo XXXII da Portaria de Consolidação nº 6 e/ou do Anexo XXXIII da Portaria de Consolidação nº 6; (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 3º, I)

II - possuam equipe de profissionais composta, no mínimo, pelos profissionais elencados no art. 114; (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 3º, II)

III - ofertem consultas especializadas com os profissionais especialistas de que trata o art. 114; (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 3º, III)

IV - possuam referência de serviço laboratorial para análise dos exames citopatológicos e histológicos das coletas que realiza; e (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 3º, IV)

V - possuam referência de serviços especializados para o tratamento dos casos com necessidades de cirurgia, inclusive cirurgia oncológica, quimioterapia e/ou radioterapia ou dos casos de intercorrências em consequência da realização dos procedimentos de que tratam os Anexos XXXII e XXXIII da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 3º, V)

Art. 114. Para pleitear-se a habilitação como SRC e SDM os serviços de saúde possuirão, no mínimo, os seguintes profissionais na composição de suas equipes: (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º)

I - SRC: (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, I)

a) médico ginecologista e obstetra (CBO - 225250); (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, I, a)

b) enfermeiro (CBO - 223505); e (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, I, b)

c) técnico de enfermagem (CBO - 322205) ou auxiliar de enfermagem (CBO - 322230); e (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, I, c)

II - SDM: (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, II)

a) médico mastologista (CBO - 225255) ou médico ginecologista e obstetra (CBO - 225250); (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, II, a)

b) médico radiologista (CBO - 225320) ou médico mastologista (CBO - 225255); (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, II, b)

c) enfermeiro (CBO - 223505); (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, II, c)

d) técnico em enfermagem (CBO - 322205) ou auxiliar de enfermagem (CBO - 322230); e (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, II, d)

e) técnico em radiologia e imagenologia (CBO - 324115) ou tecnólogo em radiologia (CBO - 324120). (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, II, e)

Parágrafo Único. O profissional de que tratam a alínea "b" do inciso I do "caput" e a alínea "c" do inciso II do "caput" poderá ser: (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, Parágrafo Único)

I - enfermeiro obstétrico (CBO - 223545); (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, Parágrafo Único, I)

II - enfermeiro auditor (CBO - 223510); (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, Parágrafo Único, II)

III - enfermeiro de bordo (CBO - 223515); (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, Parágrafo Único, III)

IV - enfermeiro de centro cirúrgico (CBO - 2235-20); (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, Parágrafo Único, IV)

V - instrumentador cirúrgico - enfermeiro (CBO - 223520); (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, Parágrafo Único, V)

VI - enfermeiro de terapia intensiva (CBO - 2235-25); (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, Parágrafo Único, VI)

VII - enfermeiro intensivista (CBO - 223525); (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, Parágrafo Único, VII)

VIII - enfermeiro do trabalho (CBO - 223530); (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, Parágrafo Único, VIII)

IX - enfermeiro nefrologista (CBO - 223535); (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, Parágrafo Único, IX)

X - enfermeiro neonatologista (CBO - 2235-40); (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, Parágrafo Único, X)

XI - enfermeiro de berçário (CBO - 223540); (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, Parágrafo Único, XI)

XII - enfermeiro obstétrico (CBO - 2235-45); (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, Parágrafo Único, XII)

XIII - enfermeira parteira (CBO - 223545); (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, Parágrafo Único, XIII)

XIV - enfermeiro psiquiátrico (CBO - 223550); (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, Parágrafo Único, XIV)

XV - enfermeiro puericultor e pediátrico (CBO - 223555); (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, Parágrafo Único, XV)

XVI - enfermeiro sanitaria (CBO - 2235-60); (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, Parágrafo Único, XVI)

XVII - enfermeiro de saúde pública (CBO - 223560); e (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, Parágrafo Único, XVII)

XVIII - enfermeiro da estratégia de saúde da família (CBO - 223565). (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, Parágrafo Único, XVIII)

Art. 115. É recomendado ao gestor público de saúde que: (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 5º)

I - identifique, no Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) dos SRC e SDM que serão habilitados, as Unidades de Atenção Básica para as quais estes serviços serão referência; e (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 5º, I)

II - a programação da necessidade dos estabelecimentos de saúde a serem habilitados como SRC ou SDM seja realizada levando-se em consideração: (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 5º, II)

a) o perfil epidemiológico da população de referência; (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 5º, II, a)

b) a capacidade instalada; e (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 5º, II, b)

c) o conceito de escala, considerando os pressupostos de economia e qualidade; e (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 5º, II, c)

III - organize os serviços habilitados como SRC e SDM para que estes ofereçam apoio matricial aos serviços de atenção básica para os quais sejam referência como serviço de atenção ambulatorial especializada. (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 5º, III)

Art. 116. Os pedidos dos entes federativos interessados na habilitação de SRC e SDM conterão: (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 6º)

I - a demonstração do cumprimento dos requisitos de que trata o art. 113; (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 6º, I)

II - os nomes e os registros no SCNES dos serviços de referência de que tratam o art. 113, incisos IV e V V do Anexo IV ; (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 6º, II)

III - declaração do gestor de saúde responsável de que os serviços habilitados como SRC e SDM atendem ao disposto no art. 114; e (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 6º, III)

IV - declaração da oferta de apoio matricial conforme disposto no art. 115, III, quando cabível. (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 6º, IV)

§ 1º As solicitações de que trata o "caput" deverão ser aprovadas em Resolução da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e na Comissão Intergestores Regional (CIR), quando esta existir na região, ou do Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF) e encaminhadas à Coordenação-Geral de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (CGAPDC/DAET/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 6º, § 1º)

§ 2º A Resolução de que trata o § 1º deverá conter declaração de verificação do cumprimento de todos os requisitos para a habilitação de SRC e SDM de que trata o art. 113. (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 6º, § 2º)

§ 3º A CGAPDC/DAET/SAS/MS analisará a solicitação original e a Resolução de que trata o § 1º e, em caso de aprovação, o Ministro de Estado da Saúde editará ato específico de habilitação indicando o ente federativo beneficiário, nome e Código SCNES do serviço habilitado e o tipo de habilitação aprovada, nos termos desta Seção. (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 6º, § 3º)

Art. 117. O monitoramento de que trata esta Seção não dispensa o ente federativo beneficiário de comprovação da aplicação dos recursos financeiros percebidos por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG). (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 16)

Art. 118. O SNA, com fundamento nos relatórios de gestão, acompanhará a conformidade da aplicação dos recursos transferidos nos termos do disposto no art. 5º do Decreto nº 1.232, de 1994. (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 17)

Art. 119. Para fins do disposto nesta Seção, o ente federativo beneficiário estará sujeito: (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 18)

I - à devolução imediata dos recursos financeiros repassados, acrescidos da correção monetária prevista em lei, mas apenas em relação aos recursos que foram repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para o respectivo fundo de saúde e não executados nos termos desta Seção; e (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 18, I)

II - ao regramento disposto na Lei Complementar nº 141, de 3 de janeiro de 2012, e no Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012, em relação aos recursos financeiros que foram repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para o respectivo fundo de saúde e executados parcial ou totalmente em objeto diverso ao originalmente pactuado. (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 18, II)

Art. 120. Caberá à Coordenação-Geral dos Sistemas de Informação (CGSI/DRAC/SAS/MS) a adoção das providências necessárias junto ao Departamento de Informática do SUS (DATASUS) para adequação do SCNES, do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP), do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) e do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) em relação às regras estabelecidas por esta Seção. (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 19)

Art. 121. O procedimento 02.11.04.002-9 - Colposcopia passará a ter somente o instrumento de registro Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I). (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 21)

Seção II

Da Qualificação Nacional em Citopatologia na Prevenção do Câncer do Colo do Útero (QualiCito) no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas

Subseção I

Das Disposições Gerais

(Origem: PRT MS/GM 3388/2013, CAPÍTULO I)

Art. 122. Esta Seção define a Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (QualiCito) no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 1º)

Art. 123. A QualiCito consiste na definição de padrões de qualidade e na avaliação da qualidade do exame citopatológico do colo do útero por meio do acompanhamento, pelos gestores do SUS, do desempenho dos laboratórios públicos e privados prestadores de serviços para o SUS. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 2º)

Art. 124. São objetivos da QualiCito: (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 3º)

I - promover a melhoria contínua da qualidade dos exames citopatológicos do colo do útero ofertados à população; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 3º, I)

II - incentivar o aumento da cobertura de realização do exame citopatológico do colo do útero na população feminina de acordo com as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero vigente; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 3º, II)

III - promover a melhoria dos padrões de qualidade dos laboratórios públicos e privados prestadores de serviços para o SUS que realizam o exame citopatológico do colo do útero; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 3º, III)

IV - estabelecer critérios e parâmetros de qualidade para o contrato e o distrato de laboratórios prestadores de serviços para o SUS; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 3º, IV)

V - promover a educação permanente dos profissionais de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 3º, V)

VI - monitorar, através do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN) ou de outro sistema de informação definido pelo Ministério da Saúde, os indicadores de qualidade dos exames citopatológicos do colo do útero. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 3º, VI)

Art. 125. A QualiCito será executada pelo cumprimento dos critérios estabelecidos para avaliação da qualidade e contratação dos laboratórios, nos termos dos Subseções V e VII da Seção II do Capítulo V do Anexo IV e por meio do Monitoramento Interno da Qualidade (MIQ) e do Monitoramento Externo da Qualidade (MEQ). (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 4º)

Subseção II

Das Atribuições dos Componentes da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas Específicas no Âmbito da QualiCito (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, CAPÍTULO II)

Art. 126. Para a implementação da QualiCito, os Componentes da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas exercerão as seguintes atribuições: (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 5º)

I - Componente Atenção Básica: (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 5º, I)

a) realizar ações de prevenção do câncer de colo do útero respeitando hábitos e culturas locais; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 5º, I, a)

b) realizar o procedimento de coleta do exame citopatológico de acordo com as recomendações do Caderno de Atenção Básica nº 13 - Controle dos Cânceres do Colo de Útero e da Mama, cujo acesso encontra-se disponível no

endereço eletrônico www.saude.gov.br/dab, ou outro que venha a substituí-lo, ou conforme protocolos locais; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 5º, I, b)

c) garantir o envio do material coletado para o Laboratório conforme periodicidade e fluxo definidos pelo gestor municipal de saúde; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 5º, I, c)

d) realizar ações de rastreamento do câncer de colo do útero, de acordo com as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero vigente; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 5º, I, d)

e) receber os laudos dos Laboratórios e organizar os fluxos de entrega de resultados para a usuária de acordo com a presença ou ausência de alterações; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 5º, I, e)

f) acompanhar e ofertar cuidado para as usuárias que apresentarem alteração no exame, conforme os protocolos locais e/ou nacionais; e (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 5º, I, f)

g) acompanhar o percentual de lâminas classificadas como coleta insatisfatória em relação ao total de coletas realizadas, a fim de planejar ações de educação permanente para a melhoria da coleta do exame nas unidades básicas de saúde. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 5º, I, g)

II - Componente de Atenção Especializada - Ambulatorial: (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 5º, II)

a) realizar o procedimento de coleta do exame citopatológico do colo do útero de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde ou conforme protocolos locais; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 5º, II, a)

b) garantir o envio do material coletado para o Laboratório conforme periodicidade e fluxo definidos pelo gestor estadual, distrital ou municipal de saúde responsável; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 5º, II, b)

c) receber os laudos dos Laboratórios e organizar os fluxos de entrega de resultados para a usuária, de acordo com a presença ou ausência de alterações; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 5º, II, c)

d) acompanhar e ofertar cuidado para as usuárias que apresentarem alteração no exame, conforme os protocolos locais e/ou nacionais; e (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 5º, II, d)

e) acompanhar o percentual de lâminas classificadas como coleta insatisfatória em relação ao total de coletas realizadas, a fim de planejar ações de educação permanente para a melhoria da coleta do exame nos ambulatorios especializados. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 5º, II, e)

III - Componentes do Sistema de Apoio: os laboratórios públicos e privados prestadores de serviços para o SUS são o componente de apoio da QualiCito, cuja classificação está descrita na Subseção III da Seção II do Capítulo V e cujas competências estão descritas nas Subseções V e VI da Seção II do Capítulo V do Anexo IV ; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 5º, III)

IV - Componentes Sistemas Logísticos: (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 5º, IV)

a) o Sistema de Informação deve garantir que todos os componentes da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas específicos da QualiCito tenham acesso aos sistemas de identificação (Cartão Nacional de Saúde) e de informação (SISCAN) ou outros sistemas de informações necessários à estratégia de que trata esta Seção e definidos pelo Ministério da Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 5º, IV, a)

b) o Sistema de Transporte/Logístico deve: (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 5º, IV, b)

1. realizar o transporte das lâminas coletadas nas unidades de saúde para os Laboratórios; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 5º, IV, b, 1)

2. realizar o transporte das lâminas entre os Laboratórios; e (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 5º, IV, b, 2)

3. garantir a entrega dos laudos emitidos dos Laboratórios para a unidade de saúde de origem. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 5º, IV, b, 3)

V - Componente Regulação: definir os fluxos e os protocolos necessários para prestar a assistência no âmbito da QualiCito e apoiar as Secretarias de Saúde no monitoramento e na avaliação da estratégia de que trata esta Seção; e (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 5º, V)

VI - Componente Governança: as atribuições deste componente estão descritas na Subseção IV da Seção II do Capítulo V. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 5º, VI)

Art. 127. Para implementação da QualiCito, aplicam-se, ainda, no que couber, as demais atribuições previstas na Portaria nº 252/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2013, que institui a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 6º)

Subseção III

Da Classificação dos Laboratórios no Âmbito da QualiCito
(Origem: PRT MS/GM 3388/2013, CAPÍTULO III)

Art. 128. Participam da QualiCito os laboratórios públicos e privados que prestam serviço ao SUS, classificados em Tipo I e Tipo II. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 7º)

§ 1º São considerados Laboratórios Tipo I os laboratórios públicos e privados que prestam serviço ao SUS, e que realizam exames citopatológicos do colo do útero. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 7º, § 1º)

§ 2º São considerados Laboratórios Tipo II os laboratórios públicos responsáveis por realizar os exames citopatológicos do colo do útero no âmbito do MEQ, além de poderem realizar as ações dos Laboratórios Tipo I. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 7º, § 2º)

Art. 129. Os Laboratórios Tipo I e Tipo II serão obrigatoriamente cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 8º)

Subseção IV

Das Competências dos Entes Federados
(Origem: PRT MS/GM 3388/2013, CAPÍTULO IV)

Art. 130. Compete ao Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 9º)

I - coordenar a QualiCito em âmbito nacional; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 9º, I)

II - monitorar e avaliar os indicadores de qualidade dos laboratórios que realizam exames citopatológicos do colo do útero, disponíveis no SISCAN ou no sistema de informação definido pelo Ministério da Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 9º, II)

III - apoiar tecnicamente as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na organização das ações e serviços dos laboratórios que realizam exames citopatológicos do colo do útero. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 9º, III)

Art. 131. São atribuições comuns das Secretarias de Saúde dos Estados e dos Municípios: (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 10)

I - pactuar, no âmbito das Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e, se houver, das Comissões Intergestores Regionais (CIR), os laboratórios que serão constituídos como Laboratórios Tipo II e responsáveis pelo MEQ nas

respectivas regiões de saúde, considerando-se os critérios estabelecidos nesta Seção e as necessidades locais; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 10, I)

II - contratar e distratar os Laboratórios Tipo I e Tipo II sob sua gestão, de acordo com os critérios de qualidade estabelecidos nesta Seção; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 10, II)

III - acompanhar o cumprimento da realização do MIQ e seu respectivo registro por todos os laboratórios prestadores de serviços; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 10, III)

IV - garantir a participação dos laboratórios prestadores de serviços no MEQ; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 10, IV)

V - definir, no âmbito das Comissões Intergestores, o fluxo e a periodicidade do envio dos exames dos Laboratórios Tipo I para os Laboratórios Tipo II; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 10, V)

VI - monitorar os Laboratórios Tipo I e Tipo II no cumprimento dos critérios de avaliação da qualidade definidos na Subseção VII da Seção II do Capítulo V; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 10, VI)

VII - informar anualmente aos Laboratórios Tipo II sob sua responsabilidade os Laboratórios Tipo I que serão por estes monitorados; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 10, VII)

VIII - avaliar anualmente os Laboratórios Tipo I e Tipo II sob sua responsabilidade, de acordo com os critérios de qualidade estabelecidos nesta Seção, com o intuito de renovar sua contratação; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 10, VIII)

IX - apoiar a implantação do MEQ nos laboratórios públicos que atendam aos critérios estabelecidos nesta Seção e que estejam sob sua responsabilidade; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 10, IX)

X - promover ações de educação permanente visando a adoção de medidas corretivas e preventivas a partir das necessidades identificadas na QualiCito; e (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 10, X)

XI - vincular no SISCAN ou em outro sistema de informação definido pelo Ministério da Saúde, os Laboratórios Tipo I aos Laboratórios Tipo II responsáveis pela execução dos respectivos MEQ. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 10, XI)

Art. 132. São atribuições específicas das Secretarias de Saúde dos Estados: (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 11)

I - apoiar os Municípios na organização das ações e serviços dos laboratórios que realizam leitura de exames citopatológicos; e (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 11, I)

II - fornecer anualmente os resultados consolidados, por Município e por laboratório, do MEQ, para o Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 11, II)

Parágrafo Único. Nos casos em que o Estado possuir apenas 1 (um) Laboratório Tipo I contratado, será obrigatória a realização do MEQ por Laboratório Tipo II de outra unidade federativa, conforme pactuação pelas respectivas Comissões Intergestores. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 11, Parágrafo Único)

Art. 133. São atribuições específicas das Secretarias de Saúde dos Municípios: (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 12)

I - garantir a qualidade da coleta do material citopatológico, bem como do seu armazenamento e transporte aos Laboratórios Tipo I e Tipo II de forma adequada e segura; e (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 12, I)

II - fornecer anualmente os resultados, por laboratório, do MEQ para a Secretaria Estadual de Saúde a partir dos dados do SISCAN ou do sistema de informação definido pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 12, II)

Parágrafo Único. Nos casos em que o Município possuir apenas um Laboratório Tipo I contratado, será obrigatória a realização do MEQ por Laboratório Tipo II em outro Município, conforme pactuação em CIB ou, se houver, CIR. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 12, Parágrafo Único)

Art. 134. Competem à Secretaria de Saúde do Distrito Federal as atribuições reservadas às Secretarias de Saúde estaduais e municipais estabelecidas nesta Seção. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 13)

Subseção V

Dos Critérios para Contratação de Laboratórios Tipo I e II
(Origem: PRT MS/GM 3388/2013, CAPÍTULO V)

Art. 135. Os gestores de saúde interessados em aderir à QualiCito por meio de nova contratação ou renovação do contrato atualmente vigente com laboratórios próprios ou prestadores de serviço do SUS deverão observar nestes estabelecimentos o atendimento mínimo dos seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 14)

I - comprovação da habilitação do responsável técnico, que deve estar devidamente registrado no SCNES; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 14, I)

II - demonstração de quadro de funcionários compatível com sua produção de exames citopatológicos do colo do útero, baseada nos parâmetros técnicos descritos no Manual de Gestão da Qualidade para Laboratório de Citopatologia publicado pelo Ministério da Saúde, cujo acesso encontra-se disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br/sas ou outro que venha substituí-lo; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 14, II)

III - apresentação pelo laboratório de relatório de MIQ do último ano; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 14, III)

IV - apresentação da área de citotecnologia (área técnica e microscopia), com comprovação através de sua planta arquitetônica ou outro documento equivalente; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 14, IV)

V - cumprimento do tempo de guarda do material (laudo e lâmina), conforme art. 143, IV; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 14, V)

VI - comprovação do treinamento dos profissionais envolvidos na linha de produção do laboratório; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 14, VI)

VII - cumprimento dos parâmetros de qualidade contidos no Manual de Gestão da Qualidade para Laboratório de Citopatologia, cujo acesso encontra-se disponível no Portal do Ministério da Saúde, por meio do endereço eletrônico www.saude.gov.br/sas ou outro que venha a substituí-lo; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 14, VII)

VIII - comprovação, nos resultados dos exames citopatológicos do colo do útero, de índice de positividade igual ou superior a 3% (três por cento) dos exames satisfatórios; e (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 14, VIII)

IX - comprovação de alvará sanitário vigente, expedido pelo órgão de vigilância sanitária local. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 14, IX)

Parágrafo Único. Os Laboratórios Tipo I e Tipo II já contratados pelos gestores do SUS terão prazo de 12 (doze) meses, a partir da data de publicação da Portaria nº 3388/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013, para adequação de suas unidades aos critérios estabelecidos nos termos deste artigo. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 14, Parágrafo Único)

Art. 136. Os Laboratórios Tipo I e Tipo II serão avaliados anualmente pela respectiva Secretaria de Saúde que os contratou para definir se houve ou não o cumprimento dos critérios dispostos no art. 135 e, em caso afirmativo, a

Secretaria poderá realizar a renovação do contrato de prestação de serviços e poderá sustentar a habilitação do laboratório na QualiCito. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 15)

Subseção VI

Da Habilitação dos Laboratórios Tipo I e II
(Origem: PRT MS/GM 3388/2013, CAPÍTULO VI)

Art. 137. Para habilitação de um Laboratório como Tipo I ou Tipo II, as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios encaminharão requerimento, por meio físico, à Coordenação-Geral de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas (CGAPDC/DAET/SAS/MS), com os seguintes documentos: (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 16)

I - resolução da CIB ou do Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF) ou, se houver, da CIR; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 16, I)

II - declaração da Secretaria de Saúde em que assume o compromisso de realizar a avaliação anual do cumprimento, pelo laboratório público ou privado que presta serviço ao SUS realizando exames citopatológicos do colo do útero, dos critérios definidos no art. 135 para atuar como Laboratório Tipo I ou Tipo II; e (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 16, II)

III - atualização, pelo gestor estadual, distrital ou municipal de saúde, das informações referentes ao laboratório no SCNES. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 16, III)

§ 1º O modelo de requerimento de que trata o "caput" será disponibilizado no portal do Ministério da Saúde, cujo acesso poderá ser realizado por meio do endereço eletrônico www.saude.gov.br/sas. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 16, § 1º)

§ 2º Para as habilitações no âmbito da QualiCito, durante o segundo semestre de 2013 e o primeiro semestre de 2014, recomenda-se que os respectivos gestores avaliem quais são os seus atuais laboratórios que têm condições de, no prazo de 12 (doze) meses, alcançarem os padrões de qualidade e outras exigências dispostas nesta Seção e encaminhem a documentação para o Ministério da Saúde até 120 (cento e vinte) dias a partir da data de publicação da Portaria nº 3388/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 16, § 2º)

Art. 138. O requerimento de habilitação de que trata o art. 137 será avaliado pelo Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 17)

Parágrafo Único. As solicitações de habilitações dos Laboratórios devem ser especificadas de acordo com o Grupo 32.00 - Atenção à Saúde da Mulher da tabela de habilitações do SCNES como: (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 17, Parágrafo Único)

I - 32.02 - Laboratório de exames citopatológicos do colo de útero - Tipo I; ou (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 17, Parágrafo Único, I)

II - 32.03 - Laboratório de monitoramento externo de qualidade de exames citopatológicos do colo de útero - Tipo II. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 17, Parágrafo Único, II)

Art. 139. Em caso de aprovação do requerimento de que trata o art. 137, a SAS/MS providenciará a publicação de Portaria específica de habilitação do laboratório como Laboratório Tipo I ou Tipo II. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 18)

Subseção VII

Dos Critérios de Avaliação da Qualidade
(Origem: PRT MS/GM 3388/2013, CAPÍTULO VII)

Art. 140. O MIQ constitui-se ação obrigatória para todos os Laboratórios Tipo I e Tipo II, realizada por meio de processos de controle da qualidade dos exames realizados, e compreende os seguintes elementos: (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19)

I - implantação de parâmetros válidos de qualidade que permitam a mensuração da situação atual do laboratório e seu acompanhamento ao longo do tempo; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, I)

II - registro dos resultados encontrados, permitindo a identificação de não conformidades; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, II)

III - elaboração e atualização de instrução escrita da rotina do laboratório (Procedimento Operacional Padrão - POP); (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, III)

IV - análise dos diagnósticos discrepantes; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, IV)

V - realização de auditoria interna; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, V)

VI - implementação de ações corretivas e preventivas realizadas pelo próprio laboratório; e (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, VI)

VII - promoção de educação permanente para todo o quadro de funcionários. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, VII)

§ 1º Para fins do disposto no inciso I do "caput", são parâmetros válidos de qualidade: (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 1º)

I - critérios de rejeição da amostra; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 1º, I)

II - processamento técnico das amostras; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 1º, II)

III - tabulação de dados aferidos durante o monitoramento; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 1º, III)

IV - monitoramento do volume total de trabalho do Laboratório, quantificando o número de lâminas avaliadas por profissional; e (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 1º, IV)

V - controle de qualidade através da revisão, por outro profissional habilitado, de todos os exames positivos e insatisfatórios antes da liberação do laudo. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 1º, V)

§ 2º Para fins do disposto no inciso I do § 1º, são critérios de rejeição da amostra: (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 2º)

I - dados ilegíveis na identificação da amostra; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 2º, I)

II - falta de identificação ou identificação incorreta da amostra; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 2º, II)

III - requisições não padronizadas de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 2º, III)

IV - ausência de dados referente à anamnese e ao exame clínico; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 2º, IV)

V - ausência de identificação, registro no respectivo conselho de classe e assinatura do profissional responsável pela coleta; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 2º, V)

VI - ausência do nome do Serviço de Saúde responsável pela coleta; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 2º, VI)

VII - divergência entre as informações da requisição e da lâmina; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 2º, VII)

VIII - lâminas quebradas; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 2º, VIII)

IX - material sem fixação prévia; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 2º, IX)

X - uso de fixador inadequado; e (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 2º, X)

XI - quantidade ineficiente de fixador. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 2º, XI)

§ 3º Para fins do disposto no inciso II do § 1º, o processamento técnico das amostras consiste no controle das etapas e insumos da técnica para a coloração de Papanicolau e montagem das lâminas com lâminulas. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 3º)

§ 4º Para fins do disposto no inciso III do § 1º, são dados aferidos durante o monitoramento a serem tabulados: (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 4º)

I - Índice de Positividade, que deve ser calculado pela fórmula (número de exames alterados por ano/número de exames satisfatórios) x 100; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 4º, I)

II - percentual de células escamosas atípicas de significado indeterminado entre os exames satisfatórios (ASC/Satisfatórios), calculado pela fórmula (número de ASC/número de exames satisfatórios) x 100; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 4º, II)

III - percentual de células escamosas atípicas de significado indeterminado entre os exames alterados (ASC/Alterados), calculado pela fórmula (número de ASC/número de exames alterados) x 100; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 4º, III)

IV - razão entre células escamosas atípicas de significado indeterminado e lesão intra-epitelial escamosa (ASC/SIL), calculado pela fórmula número de ASC/número de exames SIL; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 4º, IV)

V - percentual de lesão intra-epitelial de alto grau (HSIL), calculado pela fórmula (número de HSIL/número de exames satisfatórios) x 100; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 4º, V)

VI - percentual de insatisfatórios, calculado pela fórmula (número de amostras insatisfatórias no mês/total de exames no mês) x 100; e (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 4º, VI)

VII - tempo médio de liberação dos exames, calculado pela soma dos dias transcorridos entre a entrada dos materiais e a liberação dos laudos, dividido pelo total de exames liberados no período, o qual não deve ultrapassar o limite de 30 (trinta) dias a partir da entrada do material no laboratório. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 4º, VII)

§ 5º A revisão de que trata o inciso V do § 1º será, obrigatoriamente, associada também a um ou mais dos seguintes métodos: (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 5º)

I - revisão aleatória de 10% (dez por cento) dos esfregaços negativos; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 5º, I)

II - revisão rápida de 100% (cem por cento) dos esfregaços negativos e insatisfatórios; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 5º, II)

III - pré-escrutínio rápido de todos os esfregaços; e (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 5º, III)

IV - revisão dos esfregaços selecionados com base em critérios clínicos de risco, contidos no Manual de Gestão da Qualidade para Laboratório de Citopatologia, cujo acesso encontra-se disponível no Portal do Ministério da Saúde, por meio do endereço eletrônico www.saude.gov.br/sas, ou outro que venha substituí-lo. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 5º, IV)

Art. 141. O MEQ consiste em conjunto de ações realizadas pelo Laboratório Tipo II que visa à avaliação da qualidade dos exames citopatológicos do colo do útero dos Laboratórios Tipo I, desde a fase pré-analítica até a liberação dos laudos diagnósticos. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 20)

Parágrafo Único. O MEQ tem por finalidades: (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 20, Parágrafo Único)

I - avaliar o desempenho dos laboratórios Tipo I e a qualidade dos exames citopatológicos do colo do útero por eles realizados; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 20, Parágrafo Único, I)

II - detectar as diferenças de interpretação dos critérios citomorfológicos; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 20, Parágrafo Único, II)

III - aumentar a eficiência do processo de realização dos exames citopatológicos do colo do útero; e (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 20, Parágrafo Único, III)

IV - reduzir o percentual de exames falso-negativos, falso-positivos e insatisfatórios por meio da seleção e avaliação dos exames negativos, positivos e insatisfatórios informados pelos laboratórios Tipo I no SISCAN ou em outro sistema de informação definido pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 20, Parágrafo Único, IV)

Art. 142. É recomendado, como critério de qualidade, que os Laboratórios Tipo I tenham a produção mínima de 15.000 (quinze mil) exames/ano, exceto laboratórios vinculados aos hospitais habilitados como Unidades de Assistência de Alta Complexidade (UNACON) ou Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), Hospitais Universitários e Laboratórios Tipo II que não exerçam também a função de Laboratório Tipo I. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 21)

Subseção VIII

Das Atribuições Comuns dos Laboratórios Tipos I e II
(Origem: PRT MS/GM 3388/2013, CAPÍTULO VIII)

Art. 143. Para a leitura dos exames citopatológicos do colo de útero e emissão dos respectivos laudos, compete aos Laboratórios Tipos I e Tipo II: (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 22)

I - utilizar de forma exclusiva a terminologia padronizada na Nomenclatura Brasileira para Laudos Citopatológicos Cervicais, 3ª edição, ano 2013, elaborada pelo Ministério da Saúde, cujo acesso encontra-se disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br/sas, ou esta mesma nomenclatura quando atualizada; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 22, I)

II - emitir o laudo assinado por profissional de nível superior habilitado conforme a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, com seu número de inscrição no respectivo conselho profissional; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 22, II)

III - arquivar a Ficha de Requisição do Exame Citopatológico do Colo do Útero no laboratório que realizou o exame, conforme pactuação prevista no contrato entre gestor de saúde e laboratório; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 22, III)

IV - arquivar os laudos e lâminas por, no mínimo, 5 (cinco) anos nos casos de exames negativos e 20 (vinte) anos nos casos de exames positivos; e (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 22, IV)

V - atualizar de forma constante o SISCAN ou o sistema de informação definido pelo Ministério da Saúde, com inserção regular das informações sobre os resultados dos exames citopatológicos do colo do útero. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 22, V)

Art. 144. Compete aos Laboratórios Tipo I e Tipo II organizar e documentar a logística de encaminhamento das lâminas e laudos para a realização do MEQ. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 23)

Subseção IX

Das Atribuições Específicas dos Laboratórios Tipos I e Tipo II que também Exercem a Função de Tipo I
(Origem: PRT MS/GM 3388/2013, CAPÍTULO IX)

Art. 145. Compete especificamente aos Laboratórios Tipo I e Tipo II que também exercem a função de Tipo I, a realização do MIQ, a participação no MEQ e, além de outras atribuições previstas nesta Seção, obedecer às seguintes atribuições: (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 24)

I - cessão das lâminas para o Laboratório Tipo II responsável pela realização do MEQ, com registro documental da saída destas; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 24, I)

II - manutenção de registro de todos os dados do MIQ e apresentação de seus resultados, sempre que solicitado, para a Secretaria de Saúde Estadual, Distrital ou Municipal responsável pela gestão; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 24, II)

III - análise dos casos discordantes, buscando o consenso com o Laboratório Tipo II; e (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 24, III)

IV - envio de laudo de revisão dos casos discordantes de que trata o inciso III do "caput" à unidade de saúde de origem da usuária do SUS que solicitou a realização do exame citopatológico do colo do útero. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 24, IV)

Art. 146. Compete especificamente aos Laboratórios Tipo II, além de outras atribuições previstas nesta Seção: (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 25)

I - receber lâminas e laudos dos Laboratórios Tipo I sob sua responsabilidade para realização do MEQ, conforme definido pela Secretaria de Saúde estadual, distrital ou municipal; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 25, I)

II - revisar e liberar os exames por profissionais de nível superior habilitados; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 25, II)

III - registrar o resultado da fase pré-analítica, encaminhando aos Laboratórios Tipo I as não-conformidades; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 25, III)

IV - comunicar imediatamente ao Laboratório Tipo I, de origem das lâminas, sobre os casos discordantes; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 25, IV)

V - devolver os exames revisados ao Laboratório Tipo I no prazo máximo de 30 (trinta) dias; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 25, V)

VI - formalizar contato com os Laboratórios Tipo I monitorados e a Secretaria de Saúde estadual, distrital ou municipal, com emissão de relatórios mensais contendo a avaliação pré-analítica, a analítica e a de concordância, por meio de análise estatística e devolução da totalidade das lâminas revisadas ao Laboratório Tipo I; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 25, VI)

VII - apoiar a Secretaria de Saúde estadual, distrital ou municipal nos casos especiais de avaliação da qualidade como, por exemplo, a representatividade da amostra e as taxas de resultados falso-negativos e falso-positivos e esfregaços insatisfatórios; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 25, VII)

VIII - apoiar a Secretaria de Saúde estadual, distrital ou municipal na relação com os laboratórios que realizam exames citopatológicos para o SUS; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 25, VIII)

IX - discutir cada um dos casos discordantes com o Laboratório Tipo I, buscando o consenso, considerando-se discordantes aqueles casos que impliquem mudança da conduta clínica; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 25, IX)

X - promover educação continuada e regular dos profissionais que atuam no seu Laboratório Tipo II e nos Laboratórios Tipo I a ele vinculados; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 25, X)

XI - informar regularmente à Secretaria de Saúde estadual, distrital ou municipal responsável pela sua gestão a relação dos seus profissionais e dos respectivos Laboratórios Tipo I sob seu monitoramento que foram submetidos à educação continuada; e (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 25, XI)

XII - inserir os resultados dos exames revisados no módulo MEQ da base de dados do SISCAN ou do sistema de informação definido pelo Ministério da Saúde e enviar as informações regularmente à Secretaria de Saúde estadual, distrital ou municipal responsável pela sua contratação, conforme pactuação local na respectiva Comissão Intergestores. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 25, XII)

Parágrafo Único. Os Laboratórios Tipo II, que atuam como laboratório Tipo I, não realizarão o MEQ dos próprios exames, sendo obrigatório o envio de suas lâminas para outro Laboratório Tipo II para realização do MEQ. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 25, Parágrafo Único)

Subseção X

Do Financiamento
(Origem: PRT MS/GM 3388/2013, CAPÍTULO X)

Art. 147. Os Laboratórios Tipo II poderão realizar o procedimento de que trata o Anexo 9 do Anexo IV em todos os exames positivos e insatisfatórios e, no máximo, 10% (dez por cento) dos exames negativos produzidos por cada Laboratório Tipo I sob sua responsabilidade. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 29)

Parágrafo Único. Os exames negativos que passarão pelo MEQ serão selecionados de forma aleatória por meio do SISCAN ou do sistema de informação definido pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 29, Parágrafo Único)

Art. 148. O monitoramento do cumprimento dos requisitos de que trata esta Seção não dispensa os entes federativos de comprovação da aplicação dos recursos financeiros percebidos por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG). (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 32)

Subseção XI

Das Disposições Finais
(Origem: PRT MS/GM 3388/2013, CAPÍTULO XI)

Art. 149. Fica mantido, na Tabela de Procedimentos do SUS, o procedimento 02.03.01.001-9 - EXAME DO CITOPATOLÓGICO CERVICO VACINAL/MICROFLORA, com o valor de R\$ 6,97 (seis reais e noventa e sete centavos), sem as exigências de vinculação ao serviço/classificação cód. 120-003, das habilitações 32.02 e 32.03, e do atributo complementar 009 - EXIGE CNS, durante os 120 (cento e vinte) dias contados da data de publicação da Portaria nº 3388/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 35)

Art. 150. Os laboratórios de citopatologia que não se habilitarem até a data de 29 de dezembro de 2017, como Tipo I, não poderão registrar os procedimentos abaixo, sendo automaticamente desligados do SIA-SUS a partir de 2 de janeiro de 2018. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 36-A)

Art. 150. Os laboratórios de citopatologia que não se habilitarem até a data de 28 de dezembro de 2018, como Tipo I, não poderão registrar os procedimentos abaixo, sendo automaticamente desligados do SIA-SUS, a partir de 2 de janeiro de 2019: ([Redação dada pela PRT GM/MS 4.165 de 27.12.2018](#))

I - 02.03.01.008-6 - EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO VAGINAL/MICROFLORA - RASTREAMENTO; e
(Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 36-A, I)

II - 02.03.01.001-9 - EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO VAGINAL/MICROFLORA. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 36-A, II)

ANEXO 1 DO ANEXO IV

DIRETRIZES GERAIS PARA O TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Anexo 1)

DIRETRIZES GERAIS PARA O TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE

O tratamento cirúrgico é apenas parte do tratamento integral da obesidade, que é prioritariamente baseado na promoção da saúde e no cuidado clínico longitudinal, conforme descrito nesta Portaria. O tratamento cirúrgico é indicado apenas em alguns casos, cujas indicações estão descritas abaixo, portanto é apenas uma ação dentro do toda da linha de cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade.

1. Indicações para cirurgia bariátrica:

- a. Indivíduos que apresentem IMC maior ou igual a 50 Kg/m²;
- b. Indivíduos que apresentem IMC maior ou igual a 40 Kg/m², com ou sem comorbidades, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado, na Atenção Básica e/ou na Atenção Ambulatorial Especializada, por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos;
- c. Indivíduos com IMC maior que 35 kg/m² e com comorbidades, tais como pessoas com alto risco cardiovascular, Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão Arterial Sistêmica de difícil controle, apneia do sono, doenças articulares degenerativas, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos.

Os seguintes critérios devem ser observados:

I. Indivíduos que não responderam ao tratamento clínico longitudinal, que inclui orientação e apoio para mudança de hábitos, realização de dieta, atenção psicológica, prescrição de atividade física e, se necessário, farmacoterapia, realizado na Atenção Básica e/ou Atenção Ambulatorial Especializada por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos;

II. Respeitar os limites clínicos de acordo a idade. Nos jovens entre 16 e 18 anos, poderá ser indicado o tratamento cirúrgico naqueles que apresentarem o escore-z maior que +4 na análise do IMC por idade, porém o tratamento cirúrgico não deve ser realizado antes da consolidação das epífises de crescimento. Portanto, a avaliação clínica do jovem necessita constar em prontuário e deve incluir: a análise da idade óssea e avaliação criteriosa do risco-benefício, realizada por equipe multiprofissional com participação de dois profissionais médicos especialistas na área. Nos adultos com idade acima de 65 anos, deve ser realizada avaliação individual por equipe multiprofissional, considerando a avaliação criteriosa do risco-benefício, risco cirúrgico, presença de comorbidades, expectativa de vida e benefícios do emagrecimento;

III. O indivíduo e seus responsáveis devem compreender todos os aspectos do tratamento e assumirem o compromisso com o segmento pós-operatório, que deve ser mantido por tempo a ser determinado pela equipe;

IV. Compromisso consciente do paciente em participar de todas as etapas da programação, com avaliação pré-operatória rigorosa (psicológica, nutricional, clínica, cardiológica, endocrinológica, pulmonar, gastro-enterológica e anestésica).

2. Contra indicações para cirurgia bariátrica:

- a. Limitação intelectual significativa em pacientes sem suporte familiar adequado;
- b. Quadro de transtorno psiquiátrico não controlado, incluindo uso de álcool ou drogas ilícitas; no entanto, quadros psiquiátricos graves sob controle não são contra indicativos obrigatórios à cirurgia;
- c. Doença cardiopulmonar grave e descompensada que influenciem a relação risco-benefício;
- d. Hipertensão portal, com varizes esofagogástricas; doenças imunológicas ou inflamatórias do trato digestivo superior que venham a predispor o indivíduo a sangramento digestivo ou outras condições de risco;
- e. Síndrome de Cushing decorrente de hiperplasia na suprarrenal não tratada e tumores endócrinos.

3. Avaliação para tratamento cirúrgico para obesidade

A avaliação deve contemplar todos os critérios de indicação e contra indicação do tratamento cirúrgico da obesidade descritos nos itens 1 e 2 deste Anexo I, devendo ser realizada por equipe multiprofissional na Atenção Especializada.

4. Assistência pré e pós-operatória no tratamento cirúrgico da obesidade

A assistência pré-operatória e pós-operatória deve ser realizada conforme orientações definidas pelo Ministério da Saúde em portaria específica.

5. Indicações para cirurgia plástica reparadora:

O paciente com aderência ao acompanhamento pós-operatório poderá ser submetido à cirurgia plástica reparadora do abdômen, das mamas e de membros, conforme orientações para indicação de cirurgia plástica reparadora pós-cirurgia bariátrica, definidas pelo Ministério da Saúde em portaria específica.

ANEXO 2 DO ANEXO IV

ROTEIRO PARA DESCRIÇÃO DA LINHA DE CUIDADO DE SOBREPESO E OBESIDADE DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Anexo 2)

ROTEIRO PARA DESCRIÇÃO DA LINHA DE CUIDADO DE SOBREPESO E OBESIDADE DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS

1. Dados do Município-sede da linha de cuidado:

- CNPJ da Prefeitura;
- Código IBGE;
- Contato da Prefeitura (email e telefone);
- Nome do dirigente (Prefeito ou Secretário Municipal de Saúde);
- Cargo ou função;
- Contato do Dirigente (email e telefone).

2. Descrição dos componentes da linha de cuidado à pessoa com sobrepeso e obesidade:

2.1 Municípios que vão compor a linha de cuidado (listar);

2.2 Pontos de Atenção à Saúde (Serviços) dos componentes da Rede de Atenção à Saúde que irão compor a linha de cuidado e suas especificidades:

a) Atenção Básica:

Para cada Município, especificar:

· Nº de UBS adstritas à linha de cuidado;

· CNES e população do território da UBS(s), destacando quais UBS fazem parte do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ);

· Nº de NASF com CNES;

· Nº de Academias da Saúde com CNES;

· Descrever a(s) responsabilidade(s) da Atenção Básica.

b) Atenção Especializada (especificar apenas os serviços que serão envolvidos nesta linha de cuidado - ambulatorial, hospitalar, urgência e emergência):

· Serviços: tipo, número e CNES, (ex para tipo: policlínica/ ambulatório/ centro de especialidade; hospital geral; hospital especializado, pronto atendimento; pronto socorro geral; pronto socorro especializado);

· Profissionais destes serviços que vão se dedicar à linha de cuidado: categoria profissional, número e carga horária;

· Especificar se realiza procedimento cirúrgico;

· Se não realiza procedimento cirúrgico, especificar, por CNES, para qual serviço de referência realiza os encaminhamentos;

· Especificar se realiza cirurgia plástica reparadora;

· Se não realiza cirurgia plástica reparadora, especificar, por CNES, para qual serviço de referência realiza os encaminhamentos;

Descrever as responsabilidade(s) da Atenção Especializada (ambulatorial e hospitalar) e informar a população que cada ponto de atenção especializado está responsável (informação obrigatória).

2.3 Sistemas de apoio (especificar apenas os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico que serão envolvidos):

· Exames laboratoriais disponíveis para cada ponto de atenção;

· Medicamentos e suplementos disponíveis.

2.4 Regulação:

· Descrever as ações e serviços de regulação e, se houver, Central de Regulação, com indicação do CNES.

3. Indicar o local de publicação das diretrizes clínicas desta linha de cuidado de sobrepeso e obesidade (ex.: site, publicações oficiais do município ou do estado);

4. Descrever a organização da educação permanente relacionada a esta linha de cuidado;

5. Dados do contato:

· Nome;

· CPF;

· Cargo ou função;

· E-mail do contato;

· Telefone do contato.

6. Anexar Ata de reunião da CIB em que a linha de cuidado do sobrepeso e da obesidade foi pactuada.

ANEXO 3 DO ANEXO IV

DIRETRIZES GERAIS PARA O TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE E ACOMPANHAMENTO PRÉ E PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Anexo 1)

DIRETRIZES GERAIS PARA O TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE E ACOMPANHAMENTO PRÉ E PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA

Ressalta-se que o tratamento cirúrgico é apenas parte do tratamento integral da obesidade, que é prioritariamente baseado na promoção da saúde e no cuidado clínico longitudinal, conforme descrito nesta portaria. O tratamento cirúrgico é indicado apenas em alguns casos, cujas indicações estão descritas abaixo, portanto é apenas uma ação dentro do todo da linha de cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade.

1. Indicações para cirurgia bariátrica:

a. indivíduos que apresentem IMC > 50 Kg/m²;

b. indivíduos que apresentem IMC > 40 Kg/m², com ou sem comorbidades, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado, na Atenção Básica e/ou na Atenção Ambulatorial Especializada, por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos;

c. indivíduos com IMC > 35 kg/m² e com comorbidades, tais como pessoas com alto risco cardiovascular, diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial sistêmica de difícil controle, apneia do sono, doenças articulares degenerativas, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos.

Os seguintes critérios devem ser observados:

I. indivíduos que não responderam ao tratamento clínico longitudinal, que inclui orientação e apoio para mudança de hábitos, realização de dieta, atenção psicológica, prescrição de atividade física e, se necessário, farmacoterapia, realizado na Atenção Básica e/ou Atenção Ambulatorial Especializada por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos;

II. respeitar os limites clínicos de acordo a idade. Nos jovens entre 16 e 18 anos, poderá ser indicado o tratamento cirúrgico naqueles que apresentarem o escore-z maior que +4 na análise do IMC por idade, porém o tratamento cirúrgico não deve ser realizado antes da consolidação das epífises de crescimento. Portanto, a avaliação clínica do jovem necessita constar em prontuário e deve incluir: a análise da idade óssea e avaliação criteriosa do risco-benefício, realizada por equipe multiprofissional com participação de dois profissionais médicos especialistas na área. Nos adultos com idade acima de 65 anos, deve ser realizada avaliação individual por equipe multiprofissional, considerando a

avaliação criteriosa do risco-benefício, risco cirúrgico, presença de comorbidades, expectativa de vida e benefícios do emagrecimento;

III. o indivíduo e seus responsáveis devem compreender todos os aspectos do tratamento e assumirem o compromisso com o segmento pós-operatório, que deve ser mantido por tempo a ser determinado pela equipe;

IV. compromisso consciente do paciente em participar de todas as etapas da programação, com avaliação pré-operatória rigorosa (psicológica, nutricional, clínica, cardiológica, endocrinológica, pulmonar, gastroenterológica, anestésica).

2. Contra indicações para cirurgia bariátrica:

- a. limitação intelectual significativa em pacientes sem suporte familiar adequado;
- b. quadro de transtorno psiquiátrico não controlado, incluindo uso de álcool ou drogas ilícitas; no entanto, quadros psiquiátricos graves sob controle não são contraindicações obrigatórias à cirurgia;
- c. doença cardiopulmonar grave e descompensada que influenciem a relação risco-benefício;
- d. hipertensão portal, com varizes esofagogástricas; doenças imunológicas ou inflamatórias do trato digestivo superior que venham a predispor o indivíduo a sangramento digestivo ou outras condições de risco;
- e. síndrome de Cushing decorrente de hiperplasia na suprarrenal não tratada e tumores endócrinos.

3. Avaliação para tratamento cirúrgico para obesidade

A avaliação deve contemplar todos os critérios de indicação e contraindicação do tratamento cirúrgico da obesidade, devendo ser realizada por equipe multiprofissional na Atenção Especializada.

4. Assistência pré e pós-operatória no tratamento cirúrgico da obesidade

O acompanhamento pré e pós-operatório deve ser realizado pela equipe multiprofissional de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.

A assistência pré-operatória deve ser realizada em duas fases:

Pré-operatório/Fases	Avaliações
Fase inicial	Avaliação pelo cirurgião, clínico ou endocrinologista, nutricionista, psicólogo, cardiologista, pneumologista e quando necessário pelo psiquiatra, angiologista, gastroenterologista e ginecologista.
	Indivíduos com IMC>50 kg/m² recomenda-se perda ponderal de 10 a 20% do excesso de peso no pré-operatório.
	Reuniões do grupo multiprofissionais, realizadas mensalmente, devem enfatizar a mudança de hábitos com objetivo de informar, orientar e educar para mudanças de hábitos.
Fase secundária	Avaliação do risco cirúrgico
	Exames pré-operatórios: Radiografia simples de tórax, ECG, ultrassonografia de abdômen total, esofagogastroduodenoscopia, hemograma com plaquetas, TP, KTTp, creatinina, sódio, potássio, bilirrubina total e frações, glicemia de jejum, TGO, TGP, GGT, ácido úrico, cálcio iônico, cloretos, ferro sérico, fosfatase alcalina, glicose em jejum, ureia, magnésio, potássio, T4, TSH, colesterol total, HDL, triglicérides, glicose pós-dextrosol, insulina, hemoglobina glicosilada, (sorologias para hepatite B, C e HIV, espirometria, ferritina, vitamina B12, 25 (OH) vitamina D3).

Assistência pós-operatória deve ser realizada da seguinte forma:

A assistência pós-operatória no tratamento cirúrgico da obesidade grau III e grau II com comorbidades deve garantir a continuidade do tratamento por equipe multiprofissional até 18 meses. No primeiro ano pós-operatório, diante da perda de peso mais relevante e aguda, o acompanhamento deverá ser mais frequente, conforme descrito no quadro abaixo:

CONSULTAS DE ACOMPANHAMENTO NO PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO E EXAMES PÓS-OPERATÓRIOS
Entre 15 a 30 dias (1º mês) Consulta com cirurgião e nutricionista.
No 2º mês Consulta com cirurgião, nutricionista e psicólogo. Exames pós-operatórios.
No 3º mês Consulta com clínico, psicólogo e nutricionista.
No 4º mês Consulta com clínico, nutricionista e psicólogo.
No 6º mês Consulta com cirurgião, nutricionista e psicólogo. Exames pós-operatórios.
No 9º mês Consulta com clínico/endocrinologista, nutricionista e psicólogo. Exames pós-operatórios.
Entre 12º e 15º meses Consulta com cirurgião, clínico/endocrinologista, nutricionista e psicólogo. Exames pós-operatórios.
18º mês Consulta com cirurgião, clínico/endocrinologista, nutricionista e psicólogo. Exames pós-operatórios.

Os exames pós-operatórios deverão ser realizados de acordo com a periodicidade estabelecida acima, sendo esses: hemograma completo, proteínas totais e frações, zinco sérico, dosagem de cálcio, dosagem de vitamina B12, folato, dosagem de ferritina, triglicérides, dosagem de 25 hidroxivitamina D, dosagem de colesterol LDL, dosagem de colesterol LDL, dosagem de colesterol total.

5. Indicações para cirurgia plástica reparadora:

O paciente com aderência ao acompanhamento pós-operatório poderá ser submetido à cirurgia plástica reparadora do abdômen, das mamas e de membros, conforme as orientações para indicação de cirurgia plástica reparadora pós-cirurgia bariátrica, descritas a seguir:

- a. mamoplastia: incapacidade funcional pela ptose mamária, com desequilíbrio da coluna; Infecções cutâneas de repetição por excesso de pele, como infecções fúngicas e bacterianas; Alterações psicopatológicas devidas à redução de peso (critério psiquiátrico).
- b. abdominoplastia/torsoplastia: incapacidade funcional pelo abdômen em avental e desequilíbrio da coluna; Infecções cutâneas de repetição por excesso de pele, como infecções fúngicas e bacterianas; Alterações psicopatológicas devidas à redução de peso (critério psiquiátrico).

c. excesso de pele no braço e coxa: limitação da atividade profissional pelo peso e impossibilidade de movimentação; Infecções cutâneas de repetição por excesso de pele, como infecções fúngicas e bacterianas; Alterações psicopatológicas devidas à redução de peso (critério psiquiátrico).

Contraindicação da cirurgia plástica reparadora: Ausência de redução de peso (falta de aderência ao tratamento).

ANEXO 4 DO ANEXO IV

NORMAS DE CREDENCIAMENTO/HABILITAÇÃO PARA A ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE AO INDIVÍDUO COM OBESIDADE (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Anexo 2)

NORMAS DE CREDENCIAMENTO/HABILITAÇÃO DO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE AO INDIVÍDUO COM OBESIDADE

1 - Normas gerais de credenciamento e habilitação:

1.1. Planejamento/Distribuição

As Secretarias de Saúde dos Estados deverão estabelecer um planejamento regional para a organização das linhas de cuidado do sobrepeso e obesidade, definindo as especificidades da assistência ao indivíduo com obesidade e a distribuição dos serviços habilitados, conforme a necessidade da população e a disponibilidade orçamentária.

1.2. Processo de Credenciamento e Habilitação

1.2.1 - O processo de credenciamento/habilitação deverá ser formalizado pela Secretaria Estadual 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 desta Portaria e seus anexos, dará início ao processo de credenciamento. A ausência desta avaliação ou da aprovação por parte dos respectivos Gestores do SUS impede a sequência do processo.

1.2.2 - O processo de credenciamento/habilitação, 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 Diretor do hospital;

b.formulário de Vistoria, disponível no site www.saude.gov.br/sas, preenchido e assinado, pelos respectivos Gestores do SUS;

c.parecer conclusivo do respectivo Gestor do SUS - manifestação expressa, firmada pelo Secretário da Saúde, em relação ao credenciamento. No caso de processo formalizado pela Secretaria Municipal de Saúde, este deverá constar, além do parecer do Gestor municipal, o parecer do Gestor estadual do SUS, que será responsável pela integração da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS;

d. resolução da Comissão Intergestores Bipartite - CIB aprovando a indicação do estabelecimento para o credenciamento/habilitação na Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.

1.2.3 - Uma vez emitido o parecer favorável a respeito do credenciamento pelo (s) Gestor (es) do SUS, o processo com a documentação comprobatória ficará na posse do gestor do SUS, disponível ao Ministério da Saúde para fins de supervisão e auditoria.

1.2.4 - A Secretaria de Estado da Saúde encaminhará à Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade, do Departamento de Atenção Especializada, da Secretaria de Atenção à Saúde/MS (CGMAC/DAE/SAS/MS) os seguintes documentos:

a.parecer conclusivo do Gestor estadual quanto ao credenciamento em Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade;

b.formulário de Vistoria, modelo disponível no site www.saude.gov.br/sas, preenchido e assinado pelo respectivo Gestor do SUS;

c.relatório de vistoria da VISA local, com parecer conclusivo sobre o credenciamento/habilitação em pauta;

d.resolução da Comissão Intergestores Bipartite - CIB aprovando o credenciamento, bem como a aprovação da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade, conforme Portaria nº 424/GM/MS, de 19 de março de 2013;

e.informação sobre o impacto financeiro no custeio do hospital;

f.titulação do responsável técnico cadastrado no CNES que deve ser médico especialista em cirurgia geral ou cirurgia do aparelho digestivo.

1.2.5 - O Ministério da Saúde avaliará o formulário de vistoria encaminhado pela Secretaria de Estado da Saúde, podendo proceder a vistoria in loco para conceder a habilitação em Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade pelo Ministério da Saúde.

1.2.6 - Caso a avaliação seja favorável, a Secretaria de Atenção à Saúde - SAS tomará as providências para a publicação da habilitação.

2 - Estrutura Assistencial

O estabelecimento de saúde a ser credenciado/habilitado em Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade deve oferecer atendimento especializado e integral em:

a) diagnóstico e tratamento clínico e cirúrgico;

b) atendimento de urgência referida nos casos de comorbidades da obesidade, que funcione nas 24 horas, mediante o termo de compromisso firmado com o gestor local do SUS;

c) atendimento ambulatorial dos obesos, conforme o estabelecido na linha de cuidado regional pelo gestor local e mediante termo de compromisso firmado entre as partes;

d) internação hospitalar em leitos apropriados para obesos;

e) salas de cirurgia equipadas para cirurgias bariátricas de obesos e disponibilidade de estrutura para absorver as intercorrências cirúrgicas do pós-operatório;

f) internação clínica nas intercorrências relativas à obesidade e nas complicações pós-operatórias, mediante termo de compromisso firmado com o gestor;

g) cirurgia plástica reparadora pós-cirurgia bariátrica.

h) reabilitação, suporte e acompanhamento por meio de procedimentos específicos que promovam a melhoria das condições físicas e psicológicas do paciente, no preparo pré-operatório e no seguimento pós-cirúrgico, no sentido da restituição da sua capacidade funcional.

3 - Recursos Humanos

3.1 - Responsabilidades Técnicas e Equipe de Cirurgia Bariátrica

a) o estabelecimento de saúde para ser credenciado/habilitado em Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade deve contar com serviço de Cirurgia Bariátrica, cujo responsável técnico deve ser médico especialista em cirurgia geral ou cirurgia do aparelho digestivo, comprovada por registro dos respectivos Conselhos Federal e Regionais de Medicina;

b) cada médico responsável técnico só poderá assumir um único estabelecimento credenciado/habilitado pelo Sistema Único de Saúde, devendo este residir no mesmo município onde está situado o estabelecimento habilitado ou em cidade circunvizinha;

c) a equipe de cirurgia bariátrica deve contar com, pelo menos, mais um médico especialista em cirurgia geral ou cirurgia do aparelho digestivo além do responsável técnico, e contar com número suficiente de profissionais para a assistência nos leitos habilitados, em ambulatório e para as intercorrências clínicas e cirúrgicas do pós-operatório.

3.2 - Exigências gerais para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade:

3.2.1 - Equipe Mínima:

- a) Médico especialista em cirurgia geral ou cirurgia do aparelho digestivo;
- b) Nutricionista;
- c) Psicólogo ou Psiquiatra;
- d) Clínico geral ou endocrinologista.

3.2.2 - Equipe Complementar (apoio multiprofissional):

3.2.2.1 A estabelecimento deverá contar, em caráter permanente, com:

a) Equipe médica composta por: clínico geral, cardiologista, pneumologista, endocrinologista, angiologista/cirurgião vascular e cirurgião plástico;

- b) Anestesiologista;
- c) Enfermagem;
- d) Assistente Social;
- e) Fisioterapeuta.

4 - Materiais e Equipamentos

O estabelecimento deverá dispor de todos os materiais e equipamentos necessários, em perfeito estado de conservação e funcionamento, para assegurar a qualidade da assistência e possibilitar o diagnóstico, tratamento e acompanhamento médico, de enfermagem, fisioterápico, nutricional e dietético. Deverá destinar quantitativo de leitos adaptados para obesos, conforme descrito a seguir, tanto para internações clínicas quanto cirúrgicas.

4.1 - Ambulatório:

a) consultório equipado com cadeira, mesa de exame, cadeiras de rodas adequadas aos obesos e balança antropométrica com capacidade para peso maior que 230 kg;

b) sala de espera com cadeiras ou bancos adequados aos obesos.

4.2 - Enfermaria:

a) 01 (uma) balança antropométrica com capacidade mínima para peso maior que 230 kg;

b) 02 (dois) aparelhos de pressão com manguito especial;

c) Pelo menos 02 (dois) leitos com as seguintes especificações: Cama hospitalar do tipo Fowler especial, acionável por controle eletrônico, para obesos, com capacidade para pacientes com peso maior que 230 kg (acionável por controle eletrônico), movimento de Trendelenburg (acionável por meio de motor ou por manivela) e colchão de alta densidade;

d) 02 (duas) poltronas com capacidade para pacientes com peso maior que 230 kg;

e) 01 (uma) cadeira de rodas específica para indivíduos obesos com capacidade para pacientes com peso maior que 230 kg;

f) 01 (uma) maca de transporte com cilindro de oxigênio que suporte paciente com mais 230kg;

g) roupa específica, tais como camisolas e pijamas, adequados para indivíduos obesos.

4.3 - Bloco Cirúrgico:

Deve contar com sala cirúrgica equipada para obesos, com mesa cirúrgica que resista a pesos superiores a 230 kg e suportes que possibilitem a fixação e a mobilidade do paciente, além dos equipamentos descritos a seguir:

- a) capnógrafo;
- b) oxímetro de pulso;
- c) monitor de transporte;
- d) monitor de pressão não invasiva;
- e) monitor de pressão invasiva;
- f) 02 (duas) bombas de infusão, no mínimo;
- g) aparelho de pressão com manguito especial para obesos;
- h) material de emergência para reanimação cardiorrespiratória;
- i) afastadores cirúrgicos especiais para operações cirúrgicas de obesos;
- j) válvulas com lâminas de aço reforçadas, mais longas e largas;
- k) compressão intermitente para membros inferiores;
- l) cautério bipolar;
- m) maca de transferência de paciente obeso.

4.4 - Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) com leitos habilitados pelo SUS, equipados para obesos:

- a) box ou leito de pós-operatório de Cirurgia Bariátrica adequados aos obesos;
- b) respiradores volumétricos que suportem volumes e pressões especialmente elevados nos obesos;

c) bipap (bi-level Positive Airway Pressure);

d) cama do tipo Fowler para obesos conforme especificado no subitem 4.2;

e) esfigomanômetro especial para obesos.

5 - Recursos Auxiliares de Diagnóstico e Terapia:

a) laboratório de Análises Clínicas que participe de programa de Controle de Qualidade;

b) posto de coleta no local e resultados disponíveis nas 24 horas: bioquímicos, hematológicos, microbiológicos, gasométricos, de líquidos orgânicos e de urina;

c) serviço de Imagenologia: equipamento de radiologia convencional de 500 mA fixo ou superior, equipamento de radiologia portátil, Ecodoppler, Ecografia e Tomografia Computadorizada, compatíveis com obesos. Os exames de Tomografia Computadorizada e Ergometria poderão ser realizados em serviços instalados dentro ou fora da estrutura ambulatorial-hospitalar cadastrados como terceiros no CNES.

d) eletrocardiografia e Ergometria;

e) hemoterapia disponível nas 24 horas do dia, por Agência Transfusional (AT) ou estrutura de complexidade maior, conforme legislação vigente,

f) farmácia.

6 - Rotinas e Normas de Funcionamento e Atendimento:

O estabelecimento a ser credenciado/habilitado em Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade deve possuir:

a) rotinas de funcionamento escritas, atualizadas e assinadas pelo Responsável Técnico pelo serviço de Cirurgia Bariátrica, que devem abordar todos os processos complementares envolvidos na assistência aos indivíduos com obesidade;

b) protocolos nutricionais;

c) protocolos de acompanhamento fisioterápico, com reabilitação funcional;

d) protocolo de suporte psicológico/psiquiátrico;

e) formulários de avaliações e acompanhamento disponíveis no site www.saude.gov.br/sas;

f) escala dos profissionais em sobreaviso, das referências interinstitucionais e dos serviços terceirizados.

7 - Registro das informações sobre os indivíduos:

Deve possuir prontuário para cada paciente abordando o atendimento ambulatorial e hospitalar que contenha as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo respectivo atendimento (identificação do paciente, anamnese e exame físico, técnica cirúrgica, condições ou sumário da alta hospitalar). Os formulários disponíveis no www.saude.gov.br/sas devem estar inseridos no prontuário do paciente para eventuais auditorias.

8 - Comissões

Para ser credenciado/habilitado em Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade o estabelecimento deve estar 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.

ANEXO 5 DO ANEXO IV

PROCEDIMENTOS PARA O TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE NA TABELA DE PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS E OPM DO SUS (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Anexo 3)

PROCEDIMENTOS PARA O TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE NA TABELA DE PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS E OPM DO SUS

Procedimento: 04.07.01.012-2	GASTRECTOMIA COM OU SEM DESVIO DUODENAL
Descrição:	Procedimento predominantemente disabsortivo, na técnica de Scopinaro sendo realizada gastrectomia distal (corte horizontal), sem preservação do piloro (o antro, é removido), colecistectomia e reconstrução em alça longa com anastomose em Y de Roux com um curto canal alimentar de 50 cm. Na técnica de Duodenal Switch a porção removida do estômago é a grande curvatura e é preservada a primeira porção do duodeno (parte inicial do intestino delgado) que é anastomosada ao íleo.
Valor Profissional SP:	R\$ 2.000,00
Valor Hospitalar SH:	R\$ 2.350,00
Total Hospitalar:	R\$ 4.350,00
Atributo Complementar:	017-Exige Informação da OPM
Idade Mínima:	16 anos
Idade Máxima:	110 anos
Media Permanência:	4
CBO:	2252-20 - Médico cirurgião do aparelho digestivo, 2252-25 - Médico cirurgião geral
CID	E66.0, E66.2, E66.8, E66.9
Habilitação:	02.03 - Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.
Serviço/Classificação	127-Serviço de Atenção à Obesidade - 001- Tratamento clínico, cirúrgico, reparador e acompanhamento ao paciente com obesidade.

Procedimento: 04.07.01.036-0	GASTRECTOMIA VERTICAL EM MANGA (SLEEVE)
Descrição	Gastrectomia vertical (gastrectomia em manga, gastrectomia longitudinal, gastrectomia Sleeve) é um procedimento restritivo que consiste na ressecção da grande curvatura do estômago, iniciando a partir de 4 a 6 cm do piloro até o ângulo esofagogástrico, deixando o reservatório novo com formato tubular e alongado de volume entre 150 e 200 ml.
Complexidade:	AC- Alta Complexidade
Modalidade:	02-Hospitalar
Instrumento de Registro:	03-AIH (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento:	04-Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Valor Profissional SP:	R\$ 1.745,00
Valor Hospitalar SH:	R\$ 2.350,00

Total Hospitalar:	R\$ 4095,00
Atributo Complementar:	001-Inclui valor da anestesia, 004-Admite permanência à maior- 006-CNRAC, 017-Exige Informação da OPM
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	16 anos
Idade Máxima:	110 anos
Media Permanência:	4
Quantidade Máxima:	1
Pontos:	386
CBO:	2252-20 - Médico cirurgião do aparelho digestivo, 2252-25 - Médico cirurgião geral
CID:	E66.0, E66.2, E66.8, E66.9
Habilitação:	02.02 - Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave. 02.03 - Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.
Especialidade do Leito:	01 - Leito Cirúrgico
Serviço/Classificação	127-Serviço de Atenção à Obesidade - 001- Tratamento clínico, cirúrgico, reparador e acompanhamento ao paciente com obesidade.

Procedimento: 04.07.01.017-3	GASTROPLASTIA COM DERIVAÇÃO INTESTINAL
Descrição	Procedimento com componente restritivo e disabsortivo, que consiste em grampeamento com transecção do estômago, criando uma pequena câmara gástrica, na qual se pode colocar ou não anel de silicone e a seguir o trânsito gastro-interstinal é reconstituído em Y de Roux.
Valor Profissional SP:	R\$ 2.000,00
Valor Hospitalar SH:	R\$ 2.350,00
Total Hospitalar:	R\$ 4.350,00
Atributo Complementar:	017-Exige Informação da OPM
Idade Mínima:	16 anos
Idade Máxima:	110 anos
Media Permanência:	4
CID:	E66.0, E66.2, E66.8, E66.9
CBO:	2252-20 - Médico cirurgião do aparelho digestivo, 2252-25 - Médico cirurgião geral
Habilitação:	02.03 - Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.
Serviço/Classificação	127-Serviço de Atenção à Obesidade - 001- Tratamento clínico, cirúrgico, reparador e acompanhamento ao paciente com obesidade.

Procedimento: 04.07.01.018-1	GASTROPLASTIA VERTICAL COM BANDA
Descrição	Cria-se uma pequena bolsa de cerca de 20 ml imediatamente abaixo da junção esofagogástrica. A passagem dessa bolsa para o restante do estômago é limitada por um anel polipropileno, com diâmetro intraluminal de cerca de 1,2 cm.
Valor Profissional SP:	R\$ 1.500,00
Valor Hospitalar SH:	R\$ 2.350,00
Total Hospitalar:	R\$ 3.850,00
Atributo Complementar:	017-Exige Informação da OPM
Idade Mínima:	16 anos
Idade Máxima:	110 anos
Media Permanência:	4
CID:	E66.0, E66.2, E66.8, E66.9
CBO:	2252-20 - Médico cirurgião do aparelho digestivo, 2252-25 - Médico cirurgião geral
Habilitação:	02.03 - Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.
Serviço/Classificação	127-Serviço de Atenção à Obesidade - 001- Tratamento clínico, cirúrgico, reparador e acompanhamento ao paciente com obesidade.

Procedimento: 07.02.05.004-0	CARGA PARA GRAMPEADOR LINEAR CORTANTE
Quantidade Máxima:	03

Procedimento: 03.03.07.013-7	TRATAMENTO DE INTERCORRÊNCIA CLÍNICA PÓS - CIRURGIA BARIÁTRICA
Descrição	Consiste na internação do paciente com intercorrências clínicas nos primeiros 30 dias pós-cirurgia bariátrica. O valor deste procedimento não inclui diária de Unidade de Tratamento Intensivo.
Complexidade:	AC - Alta Complexidade
Modalidade:	02-Hospitalar
Instrumento de Registro:	03-AIH principal
Tipo de Financiamento:	04-Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Valor Profissional SP:	R\$ 50,00
Valor Hospitalar SH:	R\$ 272,00
Total Hospitalar:	R\$ 322,00
Atributo Complementar:	004-Admite permanência à maior
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	16 anos
Idade Máxima:	110 anos

Media Permanência:	3
Quantidade Máxima:	1
Pontos:	200
CBO:	2251-20 - Médico cardiologista, 2251-25 - Médico clínico, 2251-33 - Médico psiquiatra, 2251-55 - Médico endócrino, 2252- 20 - Médico cirurgião do aparelho digestivo, 2252-25 - Médico cirurgião geral, 2251-27 - Médico pneumologista
CID:	K81.1, K81.9, K85, A49.0, A49.9, E10, E10.0, E10.1, E11, E11.0, E11.1, I26, I74, I82.8, I82.9, J15.8, J15.9, K805, L02.2, L02.8, L08.9, M54.5, N30.0, R074, T80.0, T80.1, T80.2, T81.0, T81.4
Habilitação:	02.02 - Unidade de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade. 02.03 - Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.
Especialidade do Leito:	01 - Leito Clínico
Serviço/Classificação	127- Serviço de Atenção à Obesidade - 001 Tratamento clínico, cirúrgico, reparador e acompanhamento ao paciente com obesidade.

Procedimento:04 .07.01.037-8	TRATAMENTO DE INTERCORRÊNCIA CIRÚRGICA PÓS -CIRURGIA BARIÁTRICA
Descrição	Consiste na internação do paciente com intercorrências cirúrgicas nos primeiros 30 dias pós-cirurgia bariátrica. Não inclui as diárias de Unidade de Tratamento Intensivo.
Complexidade:	AC - Alta Complexidade
Modalidade:	02-Hospitalar
Instrumento de Registro:	03-AIH principal.
Tipo de Financiamento:	04-Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Valor Profissional SP:	R\$ 183,00
Valor Hospitalar SH:	R\$ 792,00
Total Hospitalar:	R\$ 975,00
Atributo Complementar:	004-Admite permanência à maior; 001-Inclui valor da anestesia
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	16 anos
Idade Máxima:	110 anos
Media Permanência:	05
Quantidade Máxima:	01
Pontos:	200
CBO:	2252-20 - Médico cirurgião do aparelho digestivo; 2252-25 - Médico cirurgião geral.
CID:	R10, R19.0, R19.3, R85, R85.0, K46.9,T81.3, K91.3, K31.0, K25.9, K26.9, K55.9, K56, K56.1, K56.2,K56.3, K56.4, K56.5, K56.6, K65 K65.0, K93.8, K80.0, K80.8.
Habilitação:	02.02 - Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave. 02.03 - Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.
Especialidade do Leito:	01 - Leito Cirúrgico
Serviço/Classificação	127 - Serviço de Atenção à Obesidade - 001 Tratamento clínico, cirúrgico, reparador e acompanhamento ao paciente com obesidade.

Procedimento: 03.01.12.008-0	ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE PRÉ-CIRURGIA BARIÁTRICA POR EQUIPE MULTIPROFISSIONAL
Descrição	Consiste na realização de acompanhamento multiprofissional pré- tratamento cirúrgico da obesidade.
Complexidade:	AC - Alta Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Instrumento de Registro:	06-APAC (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento:	04-Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Valor Profissional SP:	00
Valor Ambulatorial:	R\$ 40,00
Total Ambulatorial:	R\$ 40,00
Atributo Complementar:	Exige registro na APAC de dados complementares
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	16
Idade Máxima:	110 anos
Quantidade Máxima:	01
Atributo complementar:	Exige informação do Cartão Nacional SUS/ Exige registro na APAC de dados complementares
CBO:	2237-10 - Nutricionista; 2515-10 - Psicólogo; 2251-25-Médico clínico; 2251-33 - Médico psiquiatra; 2251-55 - Médico endócrino; 2252- 20 - Médico cirurgião do aparelho digestivo; 2252-25 - Médico cirurgião geral.
CID:	E66.0, E66.2, E66.8, E66.9
Habilitação:	02.03 - Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.
Serviço/Classificação	127- Serviço de Atenção à Obesidade - 001 Tratamento clínico, cirúrgico, reparador e acompanhamento ao paciente com obesidade.

Procedimento:03 .01.12.005-6	ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA POR EQUIPE MULTIPROFISSIONAL
Descrição:	Consiste na realização de acompanhamento multiprofissional após o tratamento cirúrgico da obesidade. Consiste no atendimento por equipe multiprofissional pós-cirurgia bariátrica, realizado

	durante o período de 18 (dezoito) meses, correspondendo a um atendimento nº1º, 2º, 3º, 4º, 6º, 9º, 12º e 18º meses.
Complexidade:	Alta Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Instrumento de Registro:	APAC (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Valor Profissional SP:	00
Valor Ambulatorial:	R\$ 40,00
Total Ambulatorial:	R\$ 40,00
Atributo Complementar:	Admite APAC de Continuidade/ Exige registro na APAC de dados complementares
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	16
Idade Máxima:	11 0
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2237-10 - Nutricionista; 2515-10 - Psicólogo; 2236-05 - Fisioterapeuta; 2251-25-Médico clínico; 2251-33 - Médico psiquiatra; 2251-55 - Médico endócrino; 2252- 20 - Médico cirurgião do aparelho digestivo; 2252-25 - Médico cirurgião geral; 2251-20 - Médico cardiologista.
CID:	E66.0, E66.2, E66.8, E66.9
Habilitação:	02.02 - Unidade de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade 02.03 - Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.
Serviço/Classificação	127- Serviço de Atenção à Obesidade - 001 Tratamento clínico, cirúrgico, reparador e acompanhamento ao paciente com obesidade.

Procedimento:04 .13.04.005-4	DERMOLIPECTOMIA ABDOMINAL PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA
CID:	E66.0, E66.2, E66.8, E66.9
Idade Mínima:	18 anos
Idade máxima:	110 anos
Habilitação:	02.03 - Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo Portador de Obesidade.
Especialidade do Leito:	01 - Leito Cirúrgico
Serviço/Classificação	127- Serviço de Atenção à Obesidade - 001 Tratamento clínico, cirúrgico, reparador e acompanhamento ao paciente com obesidade.

Procedimento:04 .13.04.025-9	DERMOLIPECTOMIA ABDOMINAL CIRCUNFERENCIAL PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA
Descrição	Cirurgia plástica reconstrutiva do abdome e da região posterior do tronco, realizados em um único ato cirúrgico para correção dos excessos de pele pós-grandes perdas ponderais decorrente de cirurgias bariátricas.
Complexidade:	AC - Alta Complexidade
Modalidade:	02-Hospitalar
Instrumento de Registro:	03-AIH (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento:	04-Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Valor Profissional SP:	R\$ 550,00
Valor Hospitalar SH:	R\$ 502,20
Total Hospitalar:	R\$ 1052,20
Atributo Complementar:	Inclui valor da anestesia/Admite permanência à maior/CNRAC
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	18 anos
Idade Máxima:	110 anos
Media Permanência:	2
Quantidade Máxima:	1
Pontos:	250
CBO:	225235 - Médico cirurgião plástico
CID:	E66.0, E66.2, E66.8, E66.9
Habilitação:	02.02 - Serviço de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade 02.03 - Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.
Especialidade do Leito:	01 - Leito Cirúrgico
Serviço/Classificação	127- Serviço de Atenção à Obesidade - 001 Tratamento clínico, cirúrgico, reparador e acompanhamento ao paciente com obesidade.

Procedimento: 04.13.04.007-0	DERMOLIPECTOMIA CRURAL PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA
CID:	E66.0, E66.2, E66.8, E66.9
Idade Mínima:	18 anos
Idade máxima:	110 anos
Habilitação:	02.03 - Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.
Serviço/Classificação	127- Serviço de Atenção à Obesidade - 001 Tratamento clínico, cirúrgico, reparador e acompanhamento ao paciente com obesidade.

Procedimento: 04.13.04.006-2	DERMOLIPECTOMIA BRAQUIAL PÓS-BARIÁTRICA
CID:	E66.0, E66.2, E66.8, E66.9
Idade Mínima:	18 anos
Idade máxima:	110 anos

Habilitação:	02.03 - Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.
Serviço/Classificação	127- Serviço de Atenção à Obesidade - 001 Tratamento clínico, cirúrgico, reparador e acompanhamento ao paciente com obesidade.

Procedimento: 04.13.04.008-9	MAMOPLASTIA PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA
CID:	E66.0, E66.2, E66.8, E66.9
Idade Mínima:	18 anos
Idade máxima:	110 anos
Habilitação:	02.03 - Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.
Serviço/Classificação	127- Serviço de Atenção à Obesidade - 001 Tratamento clínico, cirúrgico, reparador e acompanhamento ao paciente com obesidade.

Procedimento: 04.15.02.001-8	PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS DE CIRURGIA PLÁSTICA REPARADORA PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA
CID:	E66.0, E66.2, E66.8, E66.9
Idade Mínima:	18 anos
Idade máxima:	110 anos
Habilitação:	02.03 - Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.
Serviço/Classificação	127- Serviço de Atenção à Obesidade - 001 Tratamento clínico, cirúrgico, reparador e acompanhamento ao paciente com obesidade.

ANEXO 6 DO ANEXO IV

INDICADORES DE QUALIDADE (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Anexo 2)

INDICADORES DE QUALIDADE**1- Proporção de pacientes em tratamento conservador com Hemoglobina (Hb) > 10 g/dl:****A) CÁLCULO:****Nº de pacientes em tratamento conservador com Hb > 10 e < 4,5 mg/dl****Nº total de pacientes em tratamento conservador X 100****B) FREQUÊNCIA: Trimestral****C) META: 90% ao final de 2 anos após a implementação da política****2- Proporção de pacientes em tratamento conservador com dosagem de Fósforo > 2,5 e < 4,5 mg/dl****A) CÁLCULO:****Nº de pacientes em tratamento conservador com P > 2,5 e < 4,5 mg/dl****Nº total de pacientes em tratamento conservador X 100****B) FREQUÊNCIA: Trimestral****C) META: 70% ao final de 2 anos após a implementação da política****3- Proporção de pacientes em tratamento conservador encaminhados para tratamento hemodialítico e com FAV maturada:****A) CÁLCULO:****Nº de pacientes em tratamento conservador encaminhado para diálise com FAV maturada****Nº total de pacientes em tratamento conservador encaminhado para diálise X 100****B) FREQUÊNCIA: Mensal****C) META: 50% ao final de 2 anos após a implementação da política****4- Proporção de pacientes em tratamento conservador que abandonaram o tratamento****A) CÁLCULO:****Nº de pacientes em tratamento conservador com abandono de tratamento****Nº total de pacientes em tratamento conservador X 100****B) FREQUÊNCIA: Anual****C) META: < 10% ao final de 2 anos após a implementação da política****5- Proporção de pessoas em diálise peritoneal****A) CÁLCULO:****Nº de pacientes em diálise peritoneal****Nº total de pacientes em tratamento em diálise X 100****B) FREQUÊNCIA: Mensal****C) META: Aumento anual gradativo, com relação 1 para cliente em diálise peritoneal para cada 4 paciente em hemodiálise, ao final de 2 anos após a implementação da política****6- Taxa de hospitalização dos pacientes por intercorrência clínica:**

A) CÁLCULO:

Nº de pacientes internados por intercorrência clínica em hemodiálise

Nº total de pacientes em tratamento por hemodiálise X 100 OU Nº de pacientes internados por intercorrência clínica em CAPD e DPA

Nº total de pacientes em tratamento por CAPD e DPA X 100

B) FREQUÊNCIA: Mensal

C) META: < 10%/mês, ao final de 2 anos após a implementação da política

7- Proporção de pacientes em hemodiálise em uso de cateter de curta duração por mais de 3 meses

A) CÁLCULO:

Nº de pacientes em Hemodiálise em uso de cateter de curta duração por mais de 3 meses

Nº total de pacientes em Hemodiálise X 100

B) FREQUÊNCIA: Mensal

C) META: < 10% ao final de 2 anos após a implementação da política

8- Taxa de Mortalidade de pacientes em diálise

A) CÁLCULO:

Nº de óbitos de pacientes em diálise

Nº total de pacientes em diálise X 100

B) FREQUÊNCIA: Mensal

C) META: < 10% ao final de 2 anos após a implementação da política

9- Número de soroconversão para Hepatite C em pacientes submetidos à Hemodiálise

A) CÁLCULO:

Nº absoluto de casos com soroconversão para Hepatite C

B) FREQUÊNCIA: Mensal

C) META: Zero ao final de 2 anos após a implementação da política 10- Incidência de peritonite em pacientes em DPA e CAPD

A) CÁLCULO:

Nº de episódios de peritonites diagnosticadas no mês vigente

Nº total de pacientes em tratamento por DPA e CAPD

B) FREQUÊNCIA: Mensal

C) META: 1 episódio / 20-30 pacientes/mês

11- Proporção de pacientes com Hb > 10 g/dl e < 12,0 g/dl em diálise

A) CÁLCULO:

Nº de pacientes em diálise com Hb > 10 e < 12 g/dl

Nº total de pacientes em diálise X 100

B) FREQUÊNCIA: Mensal

C) META: > 80% ao final de 2 anos após a implementação da política

12- Proporção de pacientes em diálise com Fósforo (P) > 3,5 e < 5,5 mg/dl

A) CÁLCULO:

Nº de pacientes com P > 3,5 e < 5,5 mg/dl

Nº total de pacientes em diálise X 100

B) FREQUÊNCIA: Mensal

C) META: > 50% ao final de 2 anos após a implementação da política

13- Proporção de pacientes em Diálise com PTH > 600 pg/ml

A) CÁLCULO:

Nº de pacientes em Diálise com PTH > 600 pg/ml

Nº total de pacientes em Diálise X 100

B) FREQUÊNCIA: Trimestral

C) META: < 20% ao final de 2 anos após a implementação da política

14- Proporção de pacientes em Hemodiálise com KTV > 1,2

A) CÁLCULO:

Nº de pacientes em Hemodiálise com KTV > 1,2

Nº total de pacientes em Hemodiálise X 100

B) FREQUÊNCIA: Mensal

C) META: > 70% ao final de 2 anos após a implementação da política

15- Proporção de pacientes com mais de 6 meses de tratamento dialítico, aptos para o transplante e inscritos na CNCD

A) CÁLCULO:

Nº de pacientes com mais de 6 meses de tratamento dialítico, aptos para o transplante e inscritos na CNCD

Nº total de pacientes com mais de 6 meses de tratamento dialítico e aptos para o transplante X 100

B) FREQUÊNCIA: Mensal

C) META: 80% ao final de 2 anos após a implementação da política

16- Proporção de confecção de Fístula Arterio-Venosa maturadas

A) CÁLCULO:

Nº de pacientes com FAV maturadas

Nº total de pacientes com FAV confeccionada X 100

B) FREQUÊNCIA: Mensal

C) META: 70% ao final de 2 anos após a implementação da política

INDICADORES DE QUALIDADE

(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1675 de 07.06.2018)

1- Proporção de pacientes em tratamento conservador (pré-dialítico) com Hemoglobina (Hb) > 10 mg/dl e HbE < 12 mg/dl (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1675 de 07.06.2018)

A) CÁLCULO:

No de pacientes em tratamento conservador com Hb > 10 mg/dl e HbE < 12 mg/dl / No total de pacientes em tratamento conservador X 101

B) FREQUÊNCIA: Trimestral

2- Proporção de pacientes em tratamento conservador (pré-dialítico) com a dosagem de fósforo (P) < 2,5 mg/dl e P < 4,5 mg/dl (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1675 de 07.06.2018)

A) CÁLCULO:

Nº de pacientes em tratamento conservador com P > 2,5 e < 4,5 mg/dl / Nº total de pacientes em tratamento conservador X 101

B) FREQUÊNCIA: Trimestral

3- Proporção de pacientes que iniciaram o tratamento hemodialítico com a FAV (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1675 de 07.06.2018)

A) CÁLCULO:

Nº de pacientes que iniciaram o tratamento hemodialítico com a FAV / Nº total de pacientes em tratamento hemodialítico X 100

B) FREQUÊNCIA: Mensal

4- Proporção de pacientes que iniciaram tratamento hemodialítico sem FAV e em 30 dias realizou a FAV. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1675 de 07.06.2018)

A) CÁLCULO:

Nº de pacientes que iniciaram tratamento hemodialítico sem FAV e em 30 dias realizou a FAV / Nº total de pacientes que entraram sem FAV X 100

B) FREQUÊNCIA: Mensal

5- Proporção de pacientes em tratamento conservador (pré-dialítico) que abandonaram o tratamento (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1675 de 07.06.2018)

A) CÁLCULO:

Nº de pacientes em tratamento conservador com abandono de tratamento / Nº total de pacientes em tratamento conservador X 101

B) FREQUÊNCIA: Anual

6- Proporção de pessoas em diálise peritoneal (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1675 de 07.06.2018)

A) CÁLCULO:

Nº de pacientes em diálise peritoneal / Nº total de pacientes em tratamento em diálise X 101

B) FREQUÊNCIA: Trimestral

7- Taxa de hospitalização dos pacientes por intercorrência clínica: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1675 de 07.06.2018)

A) CÁLCULO:

Nº de pacientes internados por intercorrência clínica em hemodiálise / Nº total de pacientes em tratamento por hemodiálise X 100 OU Nº de pacientes internados por intercorrência clínica em CAPD e DPA

OU

Nº total de pacientes em tratamento por CAPD e DPA X 101

B) FREQUÊNCIA: Mensal

8- Proporção de pacientes em hemodiálise em uso de cateter de curta duração por mais de 3 meses ([Redação dada pela PRT GM/MS nº 1675 de 07.06.2018](#))

A) CÁLCULO:

Nº pacientes em HD em uso de cateter venoso central de curta duração/ Nº total de pacientes em tratamento de HD

B) FREQUÊNCIA: Mensal

9- Taxa de mortalidade de pacientes em diálise ([Redação dada pela PRT GM/MS nº 1675 de 07.06.2018](#))

A) CÁLCULO:

Nº de óbitos de pacientes em diálise/ Nº total de pacientes em diálise X 101

B) FREQUÊNCIA: Anual

10- Número de soroconversão para Hepatite C em pacientes submetidos à Hemodiálise ([Redação dada pela PRT GM/MS nº 1675 de 07.06.2018](#))

A) CÁLCULO:

Nº absoluto de casos com soroconversão para Hepatite C

a) Frequência: Trimestral

11- Incidência em peritonite em pacientes em diálise peritoneal ([Redação dada pela PRT GM/MS nº 1675 de 07.06.2018](#))

A) CÁLCULO:

Nº pacientes em diálise peritoneal com peritonite diagnosticada/ Nº total de pacientes em tratamento em DP X 100

B) FREQUÊNCIA: Trimestral

12- Proporção de pacientes com Hb > 10 g/dl e < 12,0 g/dl em diálise ([Redação dada pela PRT GM/MS nº 1675 de 07.06.2018](#))

A) CÁLCULO:

Nº de pacientes em diálise com Hb > 10 e < 12 g/dl/ Nº total de pacientes em diálise X 101

B) FREQUÊNCIA: Trimestral

13- Proporção de pacientes em diálise com Fósforo (P) >3,5 e < 5,5 mg/dl ([Redação dada pela PRT GM/MS nº 1675 de 07.06.2018](#))

A) CÁLCULO:

Nº de pacientes com P > 3,5 e < 5,5 mg/dl/ Nº total de pacientes em diálise X 101

B) FREQUÊNCIA: Trimestral

14- Proporção de pacientes em tratamento dialítico com Albumina³3,0 mg/dl ([Redação dada pela PRT GM/MS nº 1675 de 07.06.2018](#))

A) CÁLCULO:

Nº pacientes em tratamento dialítico com Ab³3,0 g/dl/ Nº total de pacientes em tratamento X 100

B) FREQUÊNCIA: Trimestral

15- Proporção de pacientes em Diálise com PTH > 600 pg/ml ([Redação dada pela PRT GM/MS nº 1675 de 07.06.2018](#))

A) CÁLCULO:

Nº de pacientes em Diálise com PTH > 600 pg/ml/ Nº total de pacientes em Diálise X 101

B) FREQUÊNCIA: Trimestral

16- Proporção de pacientes em Hemodiálise com KTV > 1,3 ([Redação dada pela PRT GM/MS nº 1675 de 07.06.2018](#))

A) CÁLCULO:

Nº de pacientes em Hemodiálise com KTV > 1,3/ Nº total de pacientes em Hemodiálise X 101

B) FREQUÊNCIA: Mensal

17- Proporção de pacientes com mais de 6 meses de tratamento dialítico, aptos para o transplante e inscritos na CNCDO ([Redação dada pela PRT GM/MS nº 1675 de 07.06.2018](#))

A) CÁLCULO:

Nº de pacientes com mais de 6 meses de tratamento dialítico, aptos para o transplante na e inscritos na CNCDO/ Nº total de pacientes com mais de 6 meses de tratamento dialítico e aptos para o transplante X 101

B) FREQUÊNCIA: Mensal ([Redação dada pela PRT GM/MS nº 1675 de 07.06.2018](#))**ANEXO 7 DO ANEXO IV**

SERVIÇO ESPECIALIZADO 130 - ATENÇÃO À DOENÇA RENAL CRÔNICA (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Anexo 5)

SERVIÇO ESPECIALIZADO 130 - ATENÇÃO À DOENÇA RENAL CRÔNICA

ESCRITÓRIO DO SERVIÇO	CÓD. CLASS	DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO	GRUPO	CBO	DESCRIÇÃO
130	ATENÇÃO À DOENÇA RENAL CRÔNICA	001	TRATAMENTO DIALÍTICO - HEMODIÁLISE	1	2235-05 Enfermeiro
					2235-35 Enfermeiro nefrologista

					2237-10	Nutricionista
					2251-09	Médico nefrologista
					2515-10	Psicólogo clínico
					2516-05	Assistente social
					3222-05	Técnico de enfermagem
		003	CONFEÇÃO INTERVENÇÃO DE ACESSOS PARA DIÁLIS	1	2251-09	Médico nefrologista
					2252-03	Médico cirurgião vascular
					2252-10	Médico cirurgião cardiovascular
					2252-25	Médico cirurgião geral
		004	TRATAMENTO NEFROLOGIA EM GERAL	1	2251-09	Médico nefrologista
					2235-05	Enfermeiro
		005	TRATAMENTO DIALÍTICO-PERITONEA	1	2235-35	Enfermeiro Nefrologista
					2237-10	Nutricionista
					2251-09	Médico nefrologista
					2515-10	Psicólogo clínico
					2516-05	Assistente social
		006	TRATAMENTO PRÉ DIALÍTICO	1	3222-05	Técnico de enfermagem
					2235-05	Enfermeiro
					2237-10	Nutricionista
					2251-09	Médico nefrologista
					2515-10	Psicólogo clínico
					2516-05	Assistente social

ANEXO 8 DO ANEXO IV
AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Anexo 1)

Avaliação e Monitoramento

Abaixo, segue sugestão de indicadores que podem ser utilizados no monitoramento e na avaliação do cuidado ao tabagista. Porém, outros indicadores poderão ser definidos e pactuados localmente.

1. Proporção de usuários tabagistas cadastrados: $\frac{\text{Número de usuários tabagistas} \geq 18 \text{ anos cadastrados}}{\text{Número estimado}^* \text{ de usuários tabagistas} \geq 18 \text{ anos no mesmo local e período}} \times 100$

Fonte: Cadastro Individual do Sistema de Coleta Simplificada do e-SUS (numerador) e VIGITEL e Cadastro Individual do Sistema de Coleta Simplificada do e-SUS (denominador)

*número estimado de usuários tabagistas na área coberta pela equipe de atenção básica = $\frac{\text{Pessoas cadastradas na área coberta pela equipe} \times \text{parâmetro de prevalência estadual}}{100}$

2. Número de grupos de tratamento do tabagista realizados: Total de atendimentos em grupo realizados para usuários de tabaco e dependência química*, em determinado local e período.

Fonte: Mapa de atividade coletiva do Sistema de Coleta Simplificada do e-SUS

3. Proporção de usuários tabagistas participantes de atendimento em grupo: $\frac{\text{Número de usuários que participaram de atendimento em grupo para usuário de tabaco e dependência química}^*}{\text{Número de usuários tabagistas no mesmo local período}} \times 100$

Fonte: Mapa de atividade coletiva do Sistema de Coleta Simplificada do e-SUS (numerador) e Cadastro Individual do Sistema de Coleta Simplificada do e-SUS (denominador)

*quando a opção "público alvo" está marcada como "usuário de tabaco" e a opção "práticas/temas para a saúde" está marcada como "dependência química (tabaco, álcool e outras drogas)".

Além dos indicadores acima descritos, que podem ser extraídos do Sistema de Coleta Simplificada do e-SUS, sugere-se os indicadores abaixo para acompanhamento da equipe:

4. Proporção de fumantes que deixaram de fumar: $\frac{\text{Número de fumantes sem fumar na 4ª sessão estruturada}}{\text{Número de fumantes atendidos na 1ª sessão}} \times 100$

5. Proporção de fumantes que abandonaram o tratamento: $\frac{\text{Número de fumantes atendidos na 1ª sessão estruturada}}{\text{Número de fumantes atendidos na 4ª sessão estruturada}} \times 100$

*quando a opção "público alvo" está marcada como "usuário de tabaco" e a opção "práticas/temas para a saúde" está marcada como "dependência química (tabaco, álcool e outras drogas)".

ANEXO 9 DO ANEXO IV
CONTROLE DE QUALIDADE DO EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO VAGINAL (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Anexo 1)

Controle de qualidade do exame citopatológico cervico vaginal

Procedimento	02.03.01.007-8 Controle de qualidade do exame citopatológico cervico vaginal.
Descrição	Consiste na revisão de lâminas por laboratório diferente daquele que realizou o exame citopatológico de rotina para detectar as diferenças de interpretação dos critérios citomorfológicos e reduzir o percentual dos casos falso-negativos, falso-positivos e insatisfatórios para rastreio da s lesões pré-neoplásicas e câncer de colo de útero.
Complexidade	MC - Média Complexidade

Modalidade	01 - Ambulatorial
Instrumento de Registro	02 - BPA (Individualizado)
Atributos Complementares	023-Registro no SISCOLO; 040 - Registro no SISCAN
Tipo de Financiamento	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Subtipo de Financiamento	0057- Controle de qualidade do exame citopatológico do colo de útero
Valor Ambulatorial SA	R\$ 8,96
Valor Ambulatorial Total	R\$ 8,96
Valor Hospitalar SP	R\$ 0,00
Valor Hospitalar SH	R\$ 0,00
Total Hospitalar	R\$ 0,00
Quantidade Máxima	1
Sexo	Feminino
Idade Mínima	10 anos
Idade Máxima	130 anos
CBO	2211-05, 2212-05, 2234-15, 2251-48, 2253-05, 2253-35
Serviço / classificação	120 - Serviço de diagnóstico por anatomia patológica e/ ou citologia - 003 - Monitoramento externo da qualidade dos exames citopatológicos do colo do útero.
Habilitação	32.03- Laboratório de monitoramento externo de qualidade de exames citopatológicos do colo de útero - Tipo II

ANEXO 10 DO ANEXO IV
EXAME DO CITOPATOLÓGICO CERVICO VAGINAL/MICROFLORA - RASTREAMENTO (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Anexo 2)

Exame do citopatológico cervico vaginal/microflora - Rastreamento

Procedimento	02.03.01.008-6 Exame do citopatológico cervico vaginal/microflora - Rastreamento
Descrição	Consiste na análise microscópica de material coletado do colo do útero. Indicado para todas as mulheres com idade entre 25 e 64 anos e vida sexual ativa, para o rastreio das lesões pré-neoplásicas e câncer de colo do útero.
Complexidade	MC - Média Complexidade
Modalidade	01 - Ambulatorial
Instrumento de Registro	02 - BPA (Individualizado)
Atributo Complementar	023- Registro no SISCOLO, 040 - Registro no SISCAN
Tipo de Financiamento	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Subtipo de Financiamento	0057- Controle de qualidade do exame citopatológico do colo de útero
Valor Ambulatorial SA	R\$7,30
Valor Ambulatorial Total	R\$7,30
Valor Hospitalar SP	R\$0,00
Valor Hospitalar SH	R\$0,00
Total Hospitalar	R\$0,00
Quantidade Máxima	1
Sexo	Feminino
Idade Mínima	25 anos
Idade Máxima	64 anos
CBO	2211-05, 2212-05, 2234-15, 2251-48, 2253-05, 2253-35
Serviço / Classificação	120 - Serviço de diagnóstico por anatomia patológica e/ ou citologia - 002 - Exames citopatológicos; 120 - Serviço de Diagnóstico por Anatomia Patológica e/ou Citopatologia - 003 - Monitoramento externo da qualidade dos exames citopatológico do colo do útero.
Habilitação	32.02- Laboratório de exames citopatológicos de colo de útero - Tipo I 32.03- Laboratório de monitoramento externo de qualidade de exames citopatológicos do colo de útero - Tipo II

ANEXO 11 DO ANEXO IV
EXAME DO CITOPATOLÓGICO CERVICO VAGINAL/MICROFLORA (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Anexo 3)
Exame do citopatológico cervico vaginal/microflora

Procedimento	02.03.01.001-9 Exame do citopatológico cervico vaginal/microflora
Descrição	Consiste na análise microscópica de material coletado do colo do útero. Indicado para mulheres com vida sexual ativa, para diagnóstico das lesões pré-neoplásicas e câncer de colo do útero.
Valor Ambulatorial SA	R\$6,97
Valor Ambulatorial Total	R\$6,97
Quantidade Máxima	1
Atributo complementar	040 - Registro no SISCAN
CBO	2211-05, 2212-05, 2234-15, 2251-48, 2253-05, 2253-35
Serviço / Classificação	Incluir: 120 - Serviço de diagnóstico por anatomia patológica e/ ou citologia - 003 - Monitoramento externo da qualidade dos exames citopatológico do colo do útero.
Habilitação	32.02- Laboratório de exames citopatológicos do colo de útero - Tipo I
	32.03- Laboratório de monitoramento externo de qualidade de exames citopatológicos do colo de útero - Tipo II

ANEXO 12 DO ANEXO IV**FORMULÁRIO PARA HABILITAÇÃO EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM DRC**[\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1675 de 07.06.2018\)](#)

(Este formulário estará disponível no Sistema de Apoio à Implementação de Políticas de Saúde - SAIPS)

Solicitação de habilitação para: [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1675 de 07.06.2018\)](#)

() Atenção Especializada em DRC com hemodiálise - código 15.04

() Atenção Especializada em DRC com diálise peritoneal - código 15.05

() Atenção Ambulatorial Especializada em DRC nos estágios 3, 4 e 5 (Pré-Dialítico) - código 15.06

Informações gerais: [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1675 de 07.06.2018\)](#)1 - Informar o número de máquinas de hemodiálise: [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1675 de 07.06.2018\)](#)2 - Informar o número de máquinas de hemodiálise reserva: [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1675 de 07.06.2018\)](#)3 - Informar o número de turnos de atendimento: [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1675 de 07.06.2018\)](#)4 - Informar o número de pacientes em acompanhamento multiprofissional nos estágios clínicos 4 e 5 (pré-diálise): [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1675 de 07.06.2018\)](#)5 - Informar o número de pacientes adultos em hemodiálise: [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1675 de 07.06.2018\)](#)6 - Informar o número de pacientes pediátricos em hemodiálise: [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1675 de 07.06.2018\)](#)7 - Informar o número de pacientes com sorologia positiva para HIV, hepatite B ou hepatite C em hemodiálise: [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1675 de 07.06.2018\)](#)8 - Informar o número de pacientes em Diálise Peritoneal Automatizada (DPA): [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1675 de 07.06.2018\)](#)9 - Informar o número de pacientes em Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (DPAC): [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1675 de 07.06.2018\)](#)10 - Informar o número de pacientes em Diálise Peritoneal Intermitente (DPI): [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1675 de 07.06.2018\)](#)11 - O estabelecimento de saúde possui licença de funcionamento vigente? Caso o serviço seja público deve ter a cópia do parecer técnico conclusivo da situação encontrada que deverá ser anexado ao processo. [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1675 de 07.06.2018\)](#)

() Sim () Não

12 - O estabelecimento de saúde conta com parecer favorável da vigilância sanitária local e está de acordo com a RDC nº 11, de 13 de março de 2014 da ANVISA ou a que vier substituir? [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1675 de 07.06.2018\)](#)

() Sim () Não

13 - O estabelecimento de saúde possui serviço de diagnose para que seja garantida a execução dos exames laboratoriais (análises clínicas)? [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1675 de 07.06.2018\)](#)

() Sim () Não, referencia para: _____ CNES: _____

14 - O estabelecimento de saúde possui serviço de diagnose para que seja garantida a execução dos exames de imagem (Raio X e ultrassonografia)? [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1675 de 07.06.2018\)](#)

() Sim () Não, referencia para: _____ CNES: _____

15 - O estabelecimento de saúde possui sala amarela para o atendimento dos pacientes com sorologia positiva em hepatite B?

() Sim () Não, referencia para: _____ CNES: _____

() Não se aplica [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1675 de 07.06.2018\)](#)16 - O estabelecimento de saúde possui serviço próprio para confecção da fistula arterio-venosa ou implante de cateter para diálise peritoneal? [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1675 de 07.06.2018\)](#)

() Sim () Não, referencia para: _____ CNES: _____

() Não se aplica

17 - O estabelecimento de saúde possui serviço de internação próprio para os casos que necessitem de internação por intercorrências decorrentes do tratamento dialítico? (hospital de retaguarda). [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1675 de 07.06.2018\)](#)

() Sim () Não, referencia para: _____ CNES: _____

() Não se aplica

18 - Foi estabelecida, por meio da central de regulação de urgência e emergência, a transferência do paciente em serviço de urgência móvel? [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1675 de 07.06.2018\)](#).

() Sim () Não

Equipe multiprofissional: [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1675 de 07.06.2018\)](#).

19 - O estabelecimento de saúde habilitado como Atenção Ambulatorial Especializada em DRC nos estágios 3, 4 e 5 (pré-dialítico) - código 15.06 - possui equipe mínima de acordo com o proposto nesta Portaria? [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1675 de 07.06.2018\)](#)

() Sim () Não () Não se aplica

1.Nome do médico nefrologista:

2.Nome do enfermeiro:

3.Nome do nutricionista:

4.Nome do psicólogo:

5.Nome do assistente social:

20 - O estabelecimento de saúde habilitado como Atenção Especializada em DRC com hemodiálise (código 15.04) possui equipe mínima de acordo com o proposto nesta Portaria? [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1675 de 07.06.2018\)](#)

() Sim () Não () Não se aplica

1.Nome do médico nefrologista responsável técnico:

2.Nome do médico nefrologista:

3.Nome do enfermeiro nefrologista responsável técnico:

4.Nome do enfermeiro nefrologista:

5.Nome do nutricionista:

6.Nome do psicólogo:

Nome do assistente social:

Relação com os nomes dos técnicos de enfermagem:

21 - O estabelecimento de saúde habilitado como Atenção Especializada em DRC com diálise peritoneal (código 15.05) possui equipe mínima de acordo com o proposto nesta Portaria? [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1675 de 07.06.2018\)](#)

() Sim () Não () Não se aplica

1.Nome do médico nefrologista responsável técnico:

2.Nome do enfermeiro nefrologista responsável técnico:

3.Nome do nutricionista:

4.Nome do psicólogo:

5.Nome do assistente social:

6.Relação com os nomes dos técnicos de enfermagem:

22 - A operação do Sistema de Tratamento e Distribuição de Água para Hemodiálise (SADTH) é realizado por empresa terceirizada? [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1675 de 07.06.2018\)](#)

() Sim () Não

23 - Informar o nome da empresa, caso o serviço seja terceirizado:

Nome: _____ CNPJ: _____

24 - Informar se o estabelecimento de saúde habilitado como Atenção Especializada em DRC com Hemodiálise (código 15.04) obedece, no mínimo, a seguinte proporção: [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1675 de 07.06.2018\)](#)

1 (um) médico nefrologista para cada 50 (cinquenta) pacientes, em cada turno.

() Sim () Não () Não se aplica

1 (um) enfermeiro para cada 50 (cinquenta) pacientes, em cada turno.

() Sim () Não () Não se aplica

1 (um) técnico de enfermagem para cada 6 (seis) pacientes em cada turno.

() Sim () Não () Não se aplica

25 - Informar se o estabelecimento de saúde habilitado como Atenção Especializada em DRC com Diálise Peritoneal (código 15.05) obedece, no mínimo, a seguinte proporção: [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1675 de 07.06.2018\)](#)

1 (um) médico nefrologista (um) para cada 50 (cinquenta) pacientes.

() Sim () Não () Não se aplica

1 (um) enfermeiro, para cada 50 (cinquenta) pacientes.

() Sim () Não () Não se aplica

26 - Anexar os seguintes documentos: [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1675 de 07.06.2018\)](#)

1.Resolução da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou, no caso do Distrito Federal, do Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde (CGSES/DF) ou da Comissão Intergestores Regional (CIR), conforme deliberação em CIB, contendo:

1.tipo de habilitação com o respectivo código de habilitação, nome do estabelecimento de saúde e CNES.

2.valor do impacto financeiro mensal e anual segundo os valores dos procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS.

2. Memória de cálculo com o valor do impacto financeiro mensal e anual.

3. Relatório da vigilância sanitária local com parecer favorável para a habilitação, de acordo com a RDC nº 11, de 13 de março de 2014 da ANVISA ou a que vier substituir.

4. Cópia da licença de funcionamento vigente. ([Redação dada pela PRT/GM/MS nº 1675 de 07.06.2018](#))

ANEXO V

Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (Origem: PRT MS/GM 3088/2011)

Art. 1º Fica instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 1º)

TÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 2º Constituem-se diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 2º)

I - respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 2º, I)

II - promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 2º, II)

III - combate a estigmas e preconceitos; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 2º, III)

IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 2º, IV)

V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 2º, V)

VI - diversificação das estratégias de cuidado; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 2º, VI)

VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 2º, VII)

VIII - desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 2º, VIII)

IX - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 2º, IX)

X - organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 2º, X)

XI - promoção de estratégias de educação permanente; e (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 2º, XI)

XII - desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 2º, XII)

Art. 3º São objetivos gerais da Rede de Atenção Psicossocial: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 3º)

I - ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 3º, I)

II - promover o acesso das pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 3º, II)

III - garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das Redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 3º, III)

Art. 4º São objetivos específicos da Rede de Atenção Psicossocial: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 4º)

I - promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (crianças, adolescentes, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas); (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 4º, I)

II - prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 4º, II)

III - reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 4º, III)

IV - promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 4º, IV)

V - promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 4º, V)

VI - desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 4º, VI)

VII - produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e seus familiares, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 4º, VII)

VIII - regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais de seus pontos de atenção; e (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 4º, VIII)

IX - monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 4º, IX)

Art. 5º A Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes componentes: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º)

I - Atenção Básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, I)

a) Unidade Básica de Saúde: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, I, a)

1. Equipes de Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, I, a, 1)

2. Equipes de Atenção Básica para populações específicas: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, I, a, 2)

3. 1. Equipe de Consultório na Rua; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, I, a, 2-A)

4. 2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, I, a, 2-A)

5. Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, I, a, 3)

b) Centros de Convivência e Cultura; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, I, b)

II - Atenção Psicossocial, formada pelos seguintes pontos de atenção: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, II)

a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, II, a)

b) Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental / Unidades Ambulatoriais Especializadas; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

III - Atenção de Urgência e Emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, III)

a) SAMU 192; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, III, a)

b) Sala de Estabilização; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, III, b)

c) UPA 24 horas; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, III, c)

d) Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro em Hospital Geral; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, III, d)

e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, III, e)

IV - Atenção Residencial de Caráter Transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, IV)

a) Unidade de Acolhimento; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, IV, a)

b) Serviços de Atenção em Regime Residencial. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, IV, b)

V - Atenção Hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, V)

a) ~~Leitos de psiquiatria em hospital geral; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, V, a)~~

b) ~~Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral); (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, V, b)~~

a) Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

b) Hospital Psiquiátrico Especializado; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

c) Hospital dia; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

VI - Estratégias de Desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, VI)

a) Serviços Residenciais Terapêuticos. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, VI, a)

VII - Estratégias de Reabilitação Psicossocial: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, VII)

a) Iniciativas de trabalho e geração de renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, VII, a)

Art. 6º São pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na Atenção Básica em saúde os seguintes serviços: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 6º)

I - Unidade Básica de Saúde: serviço de saúde constituído por equipe multiprofissional responsável por um conjunto de ações de saúde, de âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver a atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 6º, I)

II - Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 6º, II)

a) Equipe de Consultório na Rua: equipe constituída por profissionais que atuam de forma itinerante, ofertando ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua, considerando suas diferentes necessidades de saúde, sendo responsabilidade dessa equipe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, ofertar cuidados em saúde mental, para: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 6º, II, a)

1. pessoas em situação de rua em geral; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 6º, II, a, 1)

2. pessoas com transtornos mentais; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 6º, II, a, 2)

3. usuários de crack, álcool e outras drogas, incluindo ações de redução de danos, em parceria com equipes de outros pontos de atenção da rede de saúde, como Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial, Prontos-Socorros, entre outros. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 6º, II, a, 3)

b) equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório: oferece suporte clínico e apoio a esses pontos de atenção, coordenando o cuidado e prestando serviços de atenção à saúde de forma longitudinal e articulada com os outros pontos de atenção da rede. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 6º, II, b)

III - Centro de Convivência Cultura: é unidade pública, articulada às Redes de Atenção à Saúde, em especial à Rede de Atenção Psicossocial, onde são oferecidos à população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 6º, III)

§ 1º A Unidade Básica de Saúde, de que trata o inciso I deste artigo, como ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 6º, § 1º)

§ 2º O Núcleo de Apoio à Saúde da Família, vinculado à Unidade Básica de Saúde, de que trata o inciso I deste artigo, é constituído por profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento, que atuam de maneira integrada, sendo responsável por apoiar as Equipes de Saúde da Família, as Equipes de Atenção Básica para populações específicas e equipes da academia da saúde, atuando diretamente no apoio matricial e, quando necessário, no cuidado compartilhado junto às equipes da(s) unidade(s) na(s) qual(is) o Núcleo de Apoio à Saúde da Família está vinculado, incluindo o suporte ao manejo de situações relacionadas ao sofrimento ou transtorno mental incluindo os problemas relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 6º, § 2º)

§ 3º Quando necessário, a Equipe de Consultório na Rua, de que trata a alínea "a" do inciso II deste artigo, poderá utilizar as instalações das Unidades Básicas de Saúde do território. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 6º, § 3º)

§ 4º Os Centros de Convivência e Cultura, de que trata o inciso III deste artigo, são estratégicos para a inclusão social das pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, por meio da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade e em variados espaços da cidade. Os Centros de Convivência serão normatizados por portaria específica. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 6º, § 4º)

Art. 7º Os Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades, são serviços de saúde de caráter aberto e comunitário que compõe a Rede de Atenção Psicossocial. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 7º)

§ 1º O Centro de Atenção Psicossocial de que trata o caput deste artigo é constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com sofrimento ou transtorno mental em geral, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 7º, § 1º)

§ 2º As atividades no Centro de Atenção Psicossocial são realizadas prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe), de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 7º, § 2º)

§ 3º O cuidado, no âmbito do Centro de Atenção Psicossocial, é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Singular, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 7º, § 3º)

§ 4º Os Centros de Atenção Psicossocial estão organizados nas seguintes modalidades: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 7º, § 4º)

I - CAPS I: atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de quinze mil habitantes; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 7º, § 4º, I)

II - CAPS II: atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 7º, § 4º, II)

III - CAPS III: atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 7º, § 4º, III)

IV - CAPS AD: atende pessoas de todas as faixas etárias, que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 7º, § 4º, IV)

V - CAPS AD III: atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes; e (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 7º, § 4º, V)

VI - CAPS I: atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 7º, § 4º, VI)

VII - CAPS AD IV: atende pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Sua implantação deve ser planejada junto a cenários de uso em municípios com mais de 500.000 habitantes e capitais de Estado, de forma a maximizar a assistência a essa parcela da população. Tem como objetivos atender pessoas de todas as faixas etárias; proporcionar serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana; e ofertar assistência a urgências e emergências, contando com leitos de observação. ([Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017](#))

Art. 8º São pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção de urgência e emergência o SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde, entre outros. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 8º)

§ 1º Os pontos de Atenção de Urgência e Emergência são responsáveis, em seu âmbito de atuação, pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 8º, § 1º)

§ 2º Os pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na Atenção de Urgência e Emergência deverão se articular com os Centros de Atenção Psicossocial, os quais realizam o acolhimento e o cuidado das pessoas em fase aguda do transtorno mental, seja ele decorrente ou não do uso de crack, álcool e outras drogas, devendo nas situações que necessitem de internação ou de serviços residenciais de caráter transitório, articular e coordenar o cuidado. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 8º, § 2º)

Art. 9º São pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial na Atenção Residencial de Caráter Transitório os seguintes serviços: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 9º)

I - Unidade de Acolhimento: oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento de vinte e quatro horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório cujo tempo de permanência é de até seis meses; e (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 9º, I)

II - Serviços de Atenção em Regime Residencial, entre os quais Comunidades Terapêuticas: serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 9º, II)

§ 1º O acolhimento na Unidade de Acolhimento será definido exclusivamente pela equipe do Centro de Atenção Psicossocial de referência que será responsável pela elaboração do projeto terapêutico singular do usuário, considerando a hierarquização do cuidado, priorizando a atenção em serviços comunitários de saúde. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 9º, § 1º)

§ 2º As Unidades de Acolhimento estão organizadas nas seguintes modalidades: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 9º, § 2º)

I - Unidade de Acolhimento Adulto, destinados a pessoas que fazem uso do crack, álcool e outras drogas, maiores de dezoito anos; e (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 9º, § 2º, I)

II - Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil, destinadas a adolescentes e jovens (de doze até dezoito anos incompletos). (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 9º, § 2º, II)

§ 3º Os serviços de que trata o inciso II deste artigo funcionam de forma articulada com: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 9º, § 3º)

I - a atenção básica, que apoia e reforça o cuidado clínico geral dos seus usuários; e (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 9º, § 3º, I)

II - o Centro de Atenção Psicossocial, que é responsável pela indicação do acolhimento, pelo acompanhamento especializado durante este período e pelo planejamento da saída, em parceria com o Serviço de Atenção em Regime Residencial, e pelo seguimento do cuidado após a saída, bem como pela participação de forma ativa da articulação intersectorial para promover a reinserção do usuário na comunidade. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 9º, § 3º, II)

Art. 10. São pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial na atenção hospitalar os seguintes serviços: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 10)

I - Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral: oferece tratamento hospitalar para casos graves relacionados aos transtornos mentais e ao uso de álcool, crack e outras drogas, em especial de abstinências e intoxicações severas; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 10, I)

II - Serviço Hospitalar de Referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no Hospital Geral: oferece retaguarda clínica por meio de internações de curta duração, com equipe multiprofissional e sempre acolhendo os pacientes em articulação com os CAPS e outros serviços da Rede de Atenção Psicossocial para construção do Projeto Terapêutico Singular. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 10, II)

§ 1º A regulação do acesso aos leitos de que tratam os incisos I e II desse artigo deverá ser definida pelo gestor local segundo critérios de necessidade clínica e de gestão. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 10, § 1º)

§ 2º As internações de que tratam os serviços dos incisos I e II desse parágrafo deverão seguir as determinações da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 10, § 2º)

Art. 11. São pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial nas Estratégias de Desinstitucionalização os Serviços Residenciais Terapêuticos, que são moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, entre outros. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 11)

§ 1º O componente Estratégias de Desinstitucionalização é constituído por iniciativas que visam a garantir às pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de internação de longa permanência, o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando sua progressiva inclusão social. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 11, § 1º)

§ 2º O hospital psiquiátrico pode ser acionado para o cuidado das pessoas com transtorno mental nas regiões de saúde enquanto o processo de implantação e expansão da Rede de Atenção Psicossocial ainda não se apresenta suficiente, devendo estas regiões de saúde priorizar a expansão e qualificação dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial para dar continuidade ao processo de substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 11, § 2º)

§ 3º O Programa de Volta para Casa, enquanto estratégia de desinstitucionalização, é uma política pública de inclusão social que visa contribuir e fortalecer o processo de desinstitucionalização, instituída pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que prevê auxílio reabilitação para pessoas com transtorno mental egressas de internação de longa permanência. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 11, § 3º)

Art. 12. O componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial é composto por iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 12)

§ 1º As ações de caráter intersectorial destinadas à reabilitação psicossocial desenvolvidas em iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais têm como objetivo a inclusão produtiva, a formação e a qualificação para o trabalho de pessoas com transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 12, § 1º)

§ 2º As iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais de que trata o § 1º deste artigo devem articular sistematicamente as Redes de saúde e de economia solidária com os recursos disponíveis no território para garantir a melhoria das condições concretas de vida, ampliação da autonomia, contratualidade e inclusão social de usuários da rede e seus familiares. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 12, § 2º)

Art. 13. O processo de incentivo e habilitação dos pontos de atenção ficará submetidas aos critérios estabelecidos nesta normativa e em suas portarias específicas descrita no Anexo 1 do Anexo V. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 13)

Parágrafo Único. Situações excepcionais serão analisadas pela Área Técnica de Saúde Mental DAPES/SAS/MS, no sentido de se buscar a adequação às peculiaridades regionais, podendo realizar vistoria in loco a qualquer tempo. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 13, Parágrafo Único)

Art. 14. A operacionalização da implantação da Rede de Atenção Psicossocial se dará pela execução de cinco fases: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14)

I - Fase I - Desenho Regional da Rede de Atenção Psicossocial: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14, I)

a) realização pelo Colegiado de Gestão Regional (CGR) e pelo Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF), com o apoio da SES, de análise da situação de saúde das pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, com dados primários, incluindo dados demográficos e epidemiológicos, dimensionamento da demanda assistencial, dimensionamento da oferta assistencial e análise da situação da regulação, da avaliação e do controle, da vigilância epidemiológica, do apoio diagnóstico, do transporte e da auditoria e do controle externo, entre outros; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14, I, a)

b) pactuação do Desenho da Rede de Atenção Psicossocial no CGR e no CGSES/DF; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14, I, b)

c) elaboração da proposta de Plano de Ação Regional, pactuado no CGR e no CGSES/DF, com a programação da atenção à saúde das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, incluindo as atribuições, as responsabilidades e o aporte de recursos necessários pela União, pelo Estado, pelo Distrito Federal e pelos Municípios envolvidos; na sequência, serão elaborados os Planos de Ação Municipais dos Municípios integrantes do CGR; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14, I, c)

d) estímulo à instituição do Fórum Rede de Atenção Psicossocial que tem como finalidade a construção de espaços coletivos plurais, heterogêneos e múltiplos para participação cidadã na construção de um novo modelo de

atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, mediante o acompanhamento e contribuição na implementação da Rede de Atenção Psicossocial na Região. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14, I, d)

II - Fase II - adesão e diagnóstico: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14, II)

a) apresentação da Rede de Atenção Psicossocial no Estado, Distrito Federal e nos Municípios; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14, II, a)

b) apresentação e análise da matriz diagnóstica, conforme o Anexo 1 do Anexo V, na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no CGSES/DF e no CGR; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14, II, b)

c) homologação da região inicial de implementação da Rede de Atenção Psicossocial na CIB e CGSES/DF; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14, II, c)

d) instituição de Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial, formado pela SES, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e apoio institucional do Ministério da Saúde, que terá como atribuições: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14, II, d)

1. mobilizar os dirigentes políticos do SUS em cada fase; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14, II, d, 1)

2. apoiar a organização dos processos de trabalho voltados a implantação/implementação da rede; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14, II, d, 2)

3. identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14, II, d, 3)

4. monitorar e avaliar o processo de implantação/implementação da rede. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14, II, d, 4)

e) contratualização dos Pontos de Atenção; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14, II, e)

f) qualificação dos componentes. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14, II, f)

III - Fase 3 - Contratualização dos Pontos de Atenção: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14, III)

a) elaboração do desenho da Rede de Atenção Psicossocial; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14, III, a)

b) contratualização pela União, pelo Estado, pelo Distrito Federal ou pelo Município dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial observadas as responsabilidades definidas para cada componente da Rede; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14, III, b)

c) instituição do Grupo Condutor Municipal em cada Município que compõe o CGR, com apoio institucional da SES. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14, III, c)

IV - Fase 4 - Qualificação dos componentes: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14, IV)

a) realização das ações de atenção à saúde definidas para cada componente da Rede, previstas nos arts. 6º, 7º, 8º, 9º, 10, 11 e 12 do Anexo V; e (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14, IV, a)

b) cumprimento das metas relacionadas às ações de atenção à saúde, que deverão ser definidas na matriz diagnóstica para cada componente da Rede serão acompanhadas de acordo com o Plano de Ação Regional e dos Planos de Ações Municipais. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14, IV, b)

V - Fase 5 - Certificação: A certificação da Rede de Atenção Psicossocial será concedida pelo Ministério da Saúde aos gestores do SUS, em parceria com CONASS e CONASEMS, após a realização das ações de atenção à saúde previstas nos arts. 6º, 7º, 8º, 9º, 10, 11 e 12 do Anexo V, e avaliadas na Fase de Qualificação dos Componentes. Serão desenvolvidas reavaliações de certificação anualmente. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14, V)

§ 1º O Plano de Ação Regional e o Plano de Ação Municipal serão os documentos orientadores para a execução das fases de implementação da RAPS assim como para monitoramento e avaliação da implementação da Rede pelo Grupo Condutor Estadual e pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14, § 1º)

§ 2º Quaisquer mudanças no Plano de Ação das RAPS deverão ser encaminhadas ao Ministério da Saúde (que avaliará viabilidade da mudança), após repactuação em CIR e homologação em CIB. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14, § 2º)

Art. 15. Para operacionalização da Rede de Atenção Psicossocial cabe: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 15)

I - à União, por intermédio do Ministério da Saúde, o apoio à pactuação, implementação, financiamento, monitoramento e avaliação da Rede de Atenção Psicossocial em todo território nacional; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 15, I)

II - ao Estado, por meio da Secretaria Estadual de Saúde, apoio à pactuação, implementação, coordenação do Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial, financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede de Atenção Psicossocial no território estadual de forma regionalizada; e (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 15, II)

III - ao Município, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, pactuação, implementação, coordenação do Grupo Condutor Municipal da Rede de Atenção Psicossocial, financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede de Atenção Psicossocial no território municipal. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 15, III)

Art. 16. Os critérios definidos para implantação de cada componente e seu financiamento, por parte da União, serão objetos de normas específicas a serem publicadas pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 16)

Art. 17. Fica constituído Grupo de Trabalho Tripartite, coordenado pelo Ministério da Saúde, a ser definido por Portaria específica, para acompanhar, monitorar, avaliar e se necessário, revisar esta Portaria nº 3088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011 em até cento e oitenta dias. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 17)

CAPÍTULO I

DO COMITÊ DE MOBILIZAÇÃO SOCIAL PARA A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Art. 18. Fica instituído o Comitê de Mobilização Social para a Rede de Atenção Psicossocial. (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º)

§ 1º São atribuições deste Comitê: (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 1º)

I - ampliar o envolvimento da Sociedade Civil na discussão relacionada às ações voltadas às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 1º, I)

II - contribuir na sensibilização e na mobilização social, com o objetivo de facilitar e promover a implementação da Rede de Atenção Psicossocial; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 1º, II)

III - promover a difusão de informações que possam subsidiar o debate sobre ações inclusivas, considerando os princípios dos Direitos Humanos, da Reforma Psiquiátrica e a participação democrática; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 1º, III)

IV - contribuir para o fortalecimento do controle social destas ações; e (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 1º, IV)

V - realizar o balanço semestral do andamento da implementação e dos resultados da Rede de Atenção Psicossocial. (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 1º, V)

§ 2º O Comitê de Mobilização Social será composto por representantes das seguintes Entidades: (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º)

I - Associação Brasileira de Redutores de Danos - ABORDA; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, I)

II - Associação Brasileira de Saúde Mental - ABRASME; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, II)

III - Associação Brasileira Multidisciplinar de Estudos sobre Drogas - ABRAMD; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, III)

IV - Associação Brasileira de Autismo - ABRA; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, IV)

V - Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, V)

VI - Associação Juízes para a Democracia; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, VI)

VII - Centro Brasileiro de Estudos em Saúde - CEBES; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, VII)

VIII - Central Única das Favelas - CUFA; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, VIII)

IX - Comitê de Assuntos Sociais do Senado Federal; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, IX)

X - Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura - CONTAG; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, X)

XI - Conselho Federal de Serviço Social - CFESS; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, XI)

XII - Conselho Federal de Enfermagem - COFEN; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, XII)

XIII - Conselho Federal de Medicina - CFM; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, XIII)

XIV - Conselho Federal de Psicologia - CFP; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, XIV)

XV - Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - COFFITO; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, XV)

XVI - Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas - CONAD; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, XVI)

XVII - Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, XVII)

XVIII - Conselho Nacional de Juventude; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, XVIII)

XIX - Conselho Nacional de Saúde - CNS; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, XIX)

XX - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, XX)

XXI - Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, XXI)

XXII - Cruz Azul no Brasil; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, XXII)

XXIII - Especialistas, Intelectuais e Artistas; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, XXIII)

XXIV - Federação Brasileira de Hospitais - FBH; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, XXIV)

XXV - Federação Norte e Nordeste de Comunidades Terapêuticas - FENNOCT; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, XXV)

XXVI - Fórum Brasileiro de Economia Solidária; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, XXVI)

XXVII - Frente Nacional de Entidades pela Cidadania, Dignidade e Direitos Humanos na Política Nacional sobre Drogas; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, XXVII)

XXVIII - Movimento Nacional da População em Situação de Rua; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, XXVIII)

XXIX - Movimento Nacional de Direitos Humanos - MNDH; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, XXIX)

XXX - Movimento Nacional dos Catadores de Materiais Recicláveis - MNCR; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, XXX)

XXXI - Movimento Nacional da Luta Antimanicomial - MNLA; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, XXXI)

XXXII - Ordem dos Advogados do Brasil - OAB; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, XXXII)

XXXIII - Pastoral Nacional do Povo da Rua - PNPR; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, XXXIII)

XXXIV - Rede de Educação Popular e Saúde - REDPOP; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, XXXIV)

XXXV - Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial - RENILA; e (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, XXXV)

XXXVI - União Nacional dos Estudantes - UNE. (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, XXXVI)

§ 3º A coordenação do Comitê de Mobilização Social será responsabilidade do Gabinete do Ministro, com o apoio técnico e institucional da Secretaria de Atenção à Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 3º)

§ 4º O Comitê de Mobilização Social se reunirá semestralmente, ou em caráter extraordinário quando solicitado. (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 4º)

Art. 19. A Secretaria de Atenção a Saúde tomará as devidas providências para a operacionalização do estabelecido neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 2º)

TÍTULO II DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

CAPÍTULO I DAS MODALIDADES DE SERVIÇOS DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Art. 20. Os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto neste Capítulo; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 1º)

§ 1º As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, distinguindo-se pelas características descritas no art. 22, e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, conforme definido adiante. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 1º, § 1º)

§ 2º Os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 1º, § 2º)

Art. 21. Somente os serviços de natureza jurídica pública poderão executar as atribuições de supervisão e de regulação da rede de serviços de saúde mental. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 2º)

Art. 22. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) só poderão funcionar em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 3º)

Parágrafo Único. Os CAPS poderão localizar-se dentro dos limites da área física de uma unidade hospitalar geral, ou dentro do conjunto arquitetônico de instituições universitárias de saúde, desde que independentes de sua estrutura física, com acesso privativo e equipe profissional própria. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 23. As modalidades de serviços estabelecidas pelo art. 20 corresponderão às características abaixo discriminadas: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º)

§ 1º CAPS I - Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, com as seguintes características: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 1º)

I - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 1º, I)

II - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 1º, II)

III - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 1º, III)

IV - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 1º, IV)

V - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental e medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, dentro de sua área assistencial; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 1º, V)

VI - funcionar no período de 08 às 18 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 1º, VI)

§ 2º A assistência prestada ao paciente no CAPS I inclui as seguintes atividades: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 2º)

I - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 2º, I)

II - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras); (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 2º, II)

III - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 2º, III)

IV - visitas domiciliares; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 2º, IV)

V - atendimento à família; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 2º, V)

VI - atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 2º, VI)

VII - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 2º, VII)

§ 3º Recursos Humanos: A equipe técnica mínima para atuação no CAPS I, para o atendimento de 20 (vinte) pacientes por turno, tendo como limite máximo 30 (trinta) pacientes/dia, em regime de atendimento intensivo, será composta por: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 3º)

I - 01 (um) médico com formação em saúde mental; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 3º, I)

II - 01 (um) enfermeiro; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 3º, II)

III - 03 (três) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 3º, III)

IV - 04 (quatro) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesan. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 3º, IV)

§ 4º CAPS II - Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, com as seguintes características: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 4º)

I - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 4º, I)

II - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 4º, II)

III - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 4º, III)

IV - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 4º, IV)

V - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 4º, V)

VI - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 4º, VI)

§ 5º A assistência prestada ao paciente no CAPS II inclui as seguintes atividades: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 5º)

I - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 5º, I)

II - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras); (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 5º, II)

III - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 5º, III)

IV - visitas domiciliares; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 5º, IV)

V - atendimento à família; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 5º, V)

VI - atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 5º, VI)

VII - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária: os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 5º, VII)

§ 6º Recursos Humanos: A equipe técnica mínima para atuação no CAPS II, para o atendimento de 30 (trinta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 6º)

I - 01 (um) médico psiquiatra; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 6º, I)

II - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 6º, II)

III - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 6º, III)

IV - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 6º, IV)

§ 7º CAPS III - Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, com as seguintes características: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 7º)

I - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 7º, I)

II - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 7º, II)

III - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 7º, III)

IV - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 7º, IV)

V - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 7º, V)

VI - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 7º, VI)

VII - estar referenciado a um serviço de atendimento de urgência/emergência geral de sua região, que fará o suporte de atenção médica. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 7º, VII)

§ 8º A assistência prestada ao paciente no CAPS III inclui as seguintes atividades: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 8º)

I - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, orientação, entre outros); (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 8º, I)

II - atendimento grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras); (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 8º, II)

III - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 8º, III)

IV - visitas e atendimentos domiciliares; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 8º, IV)

V - atendimento à família; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 8º, V)

VI - atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 8º, VI)

VII - acolhimento noturno, nos feriados e finais de semana, com no máximo 05 (cinco) leitos, para eventual repouso e/ou observação; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 8º, VII)

VIII - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias, e os que permanecerem no serviço durante 24 horas contínuas receberão 04 (quatro) refeições diárias; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 8º, VIII)

IX - a permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a 07 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados em um período de 30 (trinta) dias. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 8º, IX)

§ 9º Recursos Humanos: A equipe técnica mínima para atuação no CAPS III, para o atendimento de 40 (quarenta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 60 (sessenta) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 9º)

I - 02 (dois) médicos psiquiatras; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 9º, I)

II - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 9º, II)

III - 05 (cinco) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 9º, III)

IV - 08 (oito) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 9º, IV)

§ 10. Para o período de acolhimento noturno, em plantões corridos de 12 horas, a equipe deve ser composta por: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 10)

I - 03 (três) técnicos/auxiliares de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 10, I)

II - 01 (um) profissional de nível médio da área de apoio. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 10, II)

§ 11. Para as 12 horas diurnas, nos sábados, domingos e feriados, a equipe deve ser composta por: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 11)

I - 01 (um) profissional de nível superior dentre as seguintes categorias: médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, ou outro profissional de nível superior justificado pelo projeto terapêutico; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 11, I)

II - 03 (três) técnicos/auxiliares técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 11, II)

III - 01 (um) profissional de nível médio da área de apoio. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 11, III)

§ 12. CAPS I II - Serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local, atendendo a critérios epidemiológicos, com as seguintes características: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 12)

I - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária destinado a crianças e adolescentes com transtornos mentais; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 12, I)

II - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 12, II)

III - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental de crianças e adolescentes no âmbito do seu território; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 12, III)

IV - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades de atendimento psiquiátrico a crianças e adolescentes no âmbito do seu território (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 12, IV)

V - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, na atenção à infância e adolescência; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 12, V)

VI - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 12, VI)

VII - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno que funcione até às 21:00 horas. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 12, VII)

§ 13. A assistência prestada ao paciente no CAPS I II inclui as seguintes atividades: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 13)

I - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 13, I)

II - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros); (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 13, II)

III - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 13, III)

IV - visitas e atendimentos domiciliares; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 13, IV)

V - atendimento à família; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 13, IV-A)

VI - atividades comunitárias enfocando a integração da criança e do adolescente na família, na escola, na comunidade ou quaisquer outras formas de inserção social; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 13, V)

VII - desenvolvimento de ações inter-setoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 13, VI)

VIII - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 13, VII)

§ 14. Recursos Humanos: A equipe técnica mínima para atuação no CAPS I II, para o atendimento de 15 (quinze) crianças e/ou adolescentes por turno, tendo como limite máximo 25 (vinte e cinco) pacientes/dia, será composta por: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 14)

I - 01 (um) médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 14, I)

II - 01 (um) enfermeiro; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 14, II)

III - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 14, III)

IV - 05 (cinco) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 14, IV)

§ 15. CAPS ad II - Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000, com as seguintes características: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 15)

I - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária, de referência para área de abrangência populacional definida pelo gestor local; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 15, I)

II - sob coordenação do gestor local, responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de instituições de atenção a usuários de álcool e drogas, no âmbito de seu território; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 15, II)

III - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial local no âmbito de seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 15, III)

IV - coordenar, no âmbito de sua área de abrangência e por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de serviços de atenção a usuários de drogas, em articulação com o Conselho Municipal de Entorpecentes; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 15, IV)

V - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental local no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 15, V)

VI - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 15, VI)

VII - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 15, VII)

VIII - manter de 02 (dois) a 04 (quatro) leitos para desintoxicação e repouso. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 15, VIII)

§ 16. A assistência prestada ao paciente no CAPS ad II para pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas inclui as seguintes atividades: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 16)

I - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 16, I)

II - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras); (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 16, II)

III - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 16, III)

IV - visitas e atendimentos domiciliares; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 16, IV)

V - atendimento à família; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 16, V)

VI - atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 16, VI)

VII - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 16, VII)

VIII - atendimento de desintoxicação. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 16, VIII)

§ 17. Recursos Humanos: A equipe técnica mínima para atuação no CAPS ad II para atendimento de 25 (vinte e cinco) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, será composta por: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 17)

I - 01 (um) médico psiquiatra; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 17, I)

II - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 17, II)

III - 01 (um) médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 17, III)

IV - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 17, IV)

V - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 17, V)

Art. 24. Os CAPS I, II, III, CAPS i II e CAPS ad II deverão estar capacitados para o acompanhamento dos pacientes de forma intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, dentro de limites quantitativos mensais que serão fixados em ato normativo da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 5º)

Parágrafo Único. Define-se como atendimento intensivo aquele destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem acompanhamento diário; semi-intensivo é o tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento frequente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS; não-intensivo é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma frequência menor. A descrição minuciosa destas três modalidades deverá ser objeto de portaria da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, que fixará os limites mensais (número máximo de atendimentos); para o atendimento intensivo (atenção diária), será levada em conta a capacidade máxima de cada CAPS, conforme definida no art. 21. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 25. Os atuais CAPS e NAPS deverão ser recadastrados nas modalidades CAPS I, II, III, CAPS i II e CAPS ad II pelo gestor estadual, após parecer técnico da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 6º)

Parágrafo Único. O mesmo procedimento se aplicará aos novos CAPS que vierem a ser implantados. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 6º, Parágrafo Único)

Art. 26. Os procedimentos a serem realizados pelos CAPS, nas modalidades I, II (incluindo CAPS i II e CAPS ad II) e III, objetos deste Capítulo, serão regulamentados em ato próprio do Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 9º)

CAPÍTULO II

DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS 24 HORAS (CAPS AD III)

Seção I

Das Disposições Gerais

(Origem: PRT MS/GM 130/2012, CAPÍTULO I)

Art. 27. Este Capítulo define o Centro de Atenção Psicossocial, Álcool e outras Drogas 24 horas (CAPS AD III). (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 1º)

Art. 28. O CAPS AD III é o Ponto de Atenção do Componente da Atenção Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial destinado a proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, com funcionamento nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 2º)

Art. 29. O CAPS AD III poderá atender a população infantojuvenil, desde que atendendo ao requisitos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 3º)

Art. 30. O CAPS AD III poderá constituir-se como referência regional, de acordo com implantação pactuada pela Comissão Intergestores Regional (CIR) respectiva e desde que previsto no Plano de Ação Regional ou em situações excepcionais no período de transição do processo de construção do Plano. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 4º)

§ 1º O CAPS AD III regional será retaguarda para grupo populacional de 150 (cento e cinquenta) mil a 300 (trezentos) mil habitantes. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 4º, § 1º)

§ 2º No caso do caput, o Plano de Ação Regional deverá indicar a linha de cuidado (Hospital Geral e/ou UPA e/ou Portas Hospitalares de Atenção à Urgência) de referência para o CAPS AD III regional, garantindo-se apoio qualificado

aos usuários que apresentem quadros de abstinência, intoxicação aguda ou outros agravos clínicos relacionados ao consumo de álcool, crack e outras drogas. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 4º, § 2º)

Seção II
Do Funcionamento
(Origem: PRT MS/GM 130/2012, CAPÍTULO II)

Art. 31. O CAPS AD III observará as seguintes características de funcionamento: (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 5º)

I - constituir-se em serviço aberto, de base comunitária que funcione segundo a lógica do território e que forneça atenção contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, durante as 24 (vinte e quatro) horas em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 5º, I)

II - ser lugar de referência de cuidado e proteção para usuários e familiares em situações de gravidade (recaídas, abstinência); (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 5º, II)

III - ter disponibilidade para acolher casos novos e já vinculados, sem agendamento prévio e sem qualquer outra barreira de acesso, em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados, por 12 (doze) horas ininterruptas diurnas, como das 7 às 19 horas ou 8 às 20 horas ou 9 às 21 horas. Durante os finais de semana e feriados os casos avaliados que necessitem de acolhimento noturno deverão ser encaminhados para avaliação médica (Hospital Geral e/ou UPA e/ou Portas Hospitalares de Atenção à Urgência). Nos casos que a avaliação médica não indicar internação em Hospital Geral, o usuário deverá retornar para o CAPS que o acolheu no primeiro dia útil: (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 5º, III)

a) Sempre que houver necessidade de avaliação médica, e o CAPS não dispuser deste profissional no momento, o usuário deverá ser encaminhado para o serviço de urgência de referência. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 5º, III, a)

IV - condicionar o recebimento de usuários transferidos de outro Ponto de Atenção, para acolhimento noturno, ao prévio contato com a equipe que receberá o caso; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 5º, IV)

V - produzir, em conjunto com o usuário e seus familiares, um Projeto Terapêutico Singular que acompanhe o usuário nos contextos cotidianos, promovendo e ampliando as possibilidades de vida e mediando suas relações sociais; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 5º, V)

VI - regular o acesso ao acolhimento noturno, com base em critérios clínicos, em especial desintoxicação, e/ou em critérios psicossociais, como a necessidade de observação, repouso e proteção, manejo de conflito, dentre outros; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 5º, VI)

VII - promover inserção, proteção e suporte de grupo para seus usuários, no processo de reabilitação psicossocial; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 5º, VII)

VIII - organizar o processo de trabalho do serviço com equipe multiprofissional, sob a ótica da interdisciplinaridade, priorizado espaços coletivos; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 5º, VIII)

IX - estabelecer profissionais de referência para cada usuário; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 5º, IX)

X - adequar a oferta de serviços às necessidades dos usuários, recorrendo às tecnologias de baixa exigência, tais como acomodação dos horários, acolhimento de usuários mesmo sob o efeito de substâncias, dispensação de insumos de proteção à saúde e à vida (agulhas e seringas limpas, preservativos, etc), dentre outras; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 5º, X)

XI - ofertar cuidados às famílias de usuários, independentemente da vinculação do usuário aos serviços daquele CAPS AD III; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 5º, XI)

XII - promover junto aos usuários e familiares a compreensão das Políticas Públicas, especialmente dos fundamentos legais da Política Pública de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, e da defesa de seus direitos; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 5º, XII)

XIII - orientar-se pelos princípios da Redução de Danos; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 5º, XIII)

XIV - responsabilizar-se, dentro de suas dependências ou em parceria com outros pontos de atenção da Rede de Saúde, pelo manejo e cuidado de situações envolvendo comorbidade psiquiátrica ou clínica; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 5º, XIV)

XV - compartilhar a responsabilidade pelos usuários nas internações em Hospital Geral e outros Pontos de Atenção; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 5º, XV)

XVI - realizar ações de apoio matricial no âmbito da Regional na Atenção Básica e outros pontos de atenção, de acordo com as necessidades de cada caso; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 5º, XVI)

XVII - funcionar de forma articulada com a Rede de Atenção às Urgências e Emergências, em especial junto ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), participando diretamente do resgate voltado aos usuários com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, com vistas a minimizar o sofrimento e a exposição, de acordo com pactuação prévia; e (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 5º, XVII)

XVIII - articular-se com a Rede do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) da Regional a que pertença, para acompanhamento compartilhado de casos, quando necessário. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 5º, XVIII)

Subseção I
Da Atenção Integral ao Usuário
(Origem: PRT MS/GM 130/2012, CAPÍTULO II, Seção I)

Art. 32. A atenção integral ao usuário no CAPS AD III inclui as seguintes atividades: (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 6º)

I - trabalhar de portas abertas, com plantões diários de acolhimento, garantindo acesso para clientela referenciada e responsabilização efetiva pelos casos, sob a lógica de equipe interdisciplinar, realizado por trabalhadores de formação universitária e/ou média, conforme definido neste Capítulo; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 6º, I)

II - atendimento individual para consultas em geral, atendimento psicoterápico e de orientação, dentre outros; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 6º, II)

III - oferta de medicação assistida e dispensada; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 6º, III)

IV - atendimento em grupos para psicoterapia, grupo operativo e atividades de suporte social, dentre outras; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 6º, IV)

V - oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível universitário ou de nível médio, nos termos deste Capítulo; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 6º, V)

VI - visitas e atendimentos domiciliares; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 6º, VI)

VII - atendimento à família, individual e em grupo; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 6º, VII)

VIII - atividades de reabilitação psicossocial, tais como resgate e construção da autonomia, alfabetização ou reinserção escolar, acesso à vida cultural, manejo de moeda corrente, autocuidado, manejo de medicação, inclusão pelo trabalho, ampliação de redes sociais, dentre outros; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 6º, VIII)

IX - estimular o protagonismo dos usuários e familiares, promovendo atividades participativas e de controle social, assembleias semanais, atividades de promoção, divulgação e debate das Políticas Públicas e da defesa de direitos no território, dentre outras; e (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 6º, IX)

X - fornecimento de refeição diária aos usuários assistidos, na seguinte proporção: (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 6º, X)

a) os usuários assistidos em um turno (4 horas) receberão uma refeição diária; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 6º, X, a)

b) usuários assistidos em dois turnos (8 horas) receberão duas refeições diárias; e (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 6º, X, b)

c) usuários que permanecerem no serviço durante 24 (vinte e quatro) horas contínuas receberão 4 (quatro) refeições diárias. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 6º, X, c)

§ 1º A permanência de um mesmo usuário no acolhimento noturno do CAPS AD III fica limitada a 14 (catorze) dias, no período de 30 (trinta) dias. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 6º, § 1º)

§ 2º Caso seja necessária permanência no acolhimento noturno por período superior a 14 (catorze) dias, o usuário será encaminhado a uma Unidade de Acolhimento. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 6º, § 2º)

§ 3º A regra estabelecidas nos §§ 1º e 2º poderá ser excepcionada a critério da equipe de serviço, quando necessário ao pleno desenvolvimento dos Projetos Terapêuticos Singulares, devendo ser justificada à Coordenação Municipal de Saúde Mental. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 6º, § 3º)

Subseção II

Da Equipe Mínima

(Origem: PRT MS/GM 130/2012, CAPÍTULO II, Seção II)

Art. 33. O CAPS AD III deverá contar com equipe mínima para atendimento de sua clientela na seguinte configuração: (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 7º)

I - 60 horas de profissionais médicos, entre psiquiatras e clínicos com formação e/ou experiência em saúde mental, sendo no mínimo um psiquiatra. Deverá ser garantida a presença mínima de um médico no período diurno de segunda à sexta-feira; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 7º, I)

II - 1 (um) enfermeiro com experiência e/ou formação na área de saúde mental, por turno; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 7º, II)

III - 5 (cinco) profissionais de nível universitário por turno, pertencentes às seguintes categorias profissionais: (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 7º, III)

a) psicólogo; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 7º, III, a)

b) assistente social; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 7º, III, b)

c) enfermeiro; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 7º, III, c)

d) terapeuta ocupacional; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 7º, III, d)

e) pedagogo; e (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 7º, III, e)

f) educador físico. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 7º, III, f)

IV - 4 (quatro) técnicos de enfermagem por turno; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 7º, IV)

V - 4 (quatro) profissionais de nível médio por turno, preferencialmente com experiência em ações de redução de danos dentre as seguintes categorias profissionais: (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 7º, V)

a) artesão; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 7º, V, a)

b) agente social; e (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 7º, V, b)

c) educador social. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 7º, V, c)

VI - 1 (um) profissional de nível médio para a realização de atividades de natureza administrativa, por turno. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 7º, VI)

§ 1º Além do mínimo previsto acima, o CAPS poderá contar com outras categorias profissionais, que potencializem o alcance das ações do serviço. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 7º, § 1º)

§ 2º Para os períodos de acolhimento noturno, das 19 às 7 horas a equipe mínima deverá ser composta pelos seguintes profissionais: (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 7º, § 2º)

I - 1 (um) enfermeiro; e (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 7º, § 2º, I)

II - 02 (dois) profissionais de nível médio, sendo que um deles deverá ser necessariamente técnico de enfermagem. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 7º, § 2º, II)

§ 3º No período diurno aos sábados, domingos e feriados, a equipe mínima será composta da seguinte forma, em plantões de 12 (doze) horas: (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 7º, § 3º)

I - 2 profissionais de nível universitário, sendo que um deles deverá ser necessariamente enfermeiro; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 7º, § 3º, I)

II - 2 (dois) profissionais de nível médio, sendo que um deles deverá ser necessariamente técnico de enfermagem; e (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 7º, § 3º, II)

III - 1 (um) profissional da área de apoio. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 7º, § 3º, III)

§ 4º Cabe ao gestor de saúde local garantir a composição da equipe mínima em situações de férias, licenças e outros afastamentos. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 7º, § 4º)

Subseção III

Da Estrutura Física Mínima

(Origem: PRT MS/GM 130/2012, CAPÍTULO II, Seção III)

Art. 34. O CAPS AD III terá a seguinte estrutura física mínima: (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 8º)

I - espaço para atendimento individual; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 8º, I)

II - espaço para atendimento de grupo; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 8º, II)

III - espaço para refeições; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 8º, III)

IV - espaço para convivência; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 8º, IV)

V - banheiros com chuveiro; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 8º, V)

VI - no mínimo 8 (oito) e no máximo 12 (doze) vagas para acolhimento noturno; e (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 8º, VI)

VII - posto de enfermagem. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 8º, VII)

Seção III

Da Implantação e da Tipologia

(Origem: PRT MS/GM 130/2012, CAPÍTULO III)

Art. 35. O CAPS AD III será implantado conforme previsto no Plano de Ação Regional ou instrumento equivalente, e poderá ser de dois tipos: (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 9º)

I - CAPS AD III Novo; ou (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 9º, I)

II - CAPS AD III Qualificado. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 9º, II)

Parágrafo Único. O CAPS AD III Qualificado é aquele que é resultado da adaptação e qualificação de um CAPS AD tradicional preexistente e transformado para o atendimento de pessoas com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 9º, Parágrafo Único)

Art. 36. O CAPS AD III Novo será implantado na proporção de um para cada grupo populacional de 150 (cento e cinquenta) mil a 300 (trezentos) mil habitantes. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 10)

Parágrafo Único. Situações excepcionais serão analisadas pela Área Técnica de Saúde Mental DAPES/SAS/MS, no sentido de se buscar a adequação às peculiaridades regionais, podendo realizar vistoria in loco para a habilitação a qualquer tempo. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 10, Parágrafo Único)

Art. 37. No intuito de garantir efetiva retaguarda de acolhimento 24 horas para pessoas com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, recomenda-se a qualificação de CAPS AD II em CAPS AD III. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 11)

Seção IV

Da Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas, no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial

Art. 38. Fica instituída a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 1º)

Art. 39. Para efeito desta Seção, a Unidade de Acolhimento referida no art. 38 é um dos pontos da Rede de Atenção Psicossocial e apresenta as seguintes características: (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 2º)

I - Funcionamento nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e nos 7 (sete) dias da semana; e (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 2º, I)

II - Caráter residencial transitório. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 2º, II)

§ 1º A Unidade de Acolhimento tem como objetivo oferecer acolhimento voluntário e cuidados contínuos para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e/ou familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 2º, § 1º)

2º A Unidade de Acolhimento deverá articular intersetorialmente a garantia dos direitos de moradia, educação, convivência familiar e social. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 2º, § 2º)

Art. 40. Os usuários da Unidade de Acolhimento serão acolhidos conforme definido pela equipe do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de referência. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 3º)

Parágrafo Único. O CAPS de referência será responsável pela elaboração do projeto terapêutico singular de cada usuário, considerando a hierarquização do cuidado e priorizando a atenção em serviços comunitários de saúde. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 41. O Plano de Ação Regional deverá indicar a linha de cuidado (Hospital Geral e/ou UPA e/ou Portas Hospitalares de Atenção à Urgência) de referência para a Unidade de Acolhimento, garantindo-se apoio qualificado aos usuários. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 4º)

Art. 42. As Unidades de Acolhimento funcionarão em duas modalidades: (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 5º)

I - Unidade de Acolhimento Adulto - destinada às pessoas maiores de 18 (dezoito) anos, de ambos os sexos; e (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 5º, I)

II - Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil - destinada às crianças e aos adolescentes, entre 10 (dez) e 18 (dezoito) anos incompletos, de ambos os sexos. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 5º, II)

§ 1º A Unidade de Acolhimento Adulto terá disponibilidade de 10 (dez) a 15 (quinze) vagas. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 5º, § 1º)

§ 2º Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil terá disponibilidade de 10 (dez) vagas. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 5º, § 2º)

Art. 43. A Unidade de Acolhimento poderá ser constituída por Estados, por Municípios e pelo Distrito Federal, como unidade pública ou em parceria com instituições ou entidades sem fins lucrativos, atendidas as exigências estabelecidas nesta Seção. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 6º)

Art. 44. A Unidade de Acolhimento a ser implantada deverá estar inserida na Rede de Atenção Psicossocial e referenciada a um Centro de Atenção Psicossocial. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 7º)

Art. 45. A Unidade de Acolhimento deve contar com estrutura física mínima, na seguinte configuração: (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 8º)

I - sala de acolhimento de residentes, familiares e visitantes; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 8º, I)

II - quartos coletivo com acomodações individuais e espaço para guarda de roupas (Com até 04 (quatro) camas cada quarto); (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 8º, II)

III - refeitório; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 8º, III)

IV - cozinha; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 8º, IV)

V - banheiros com chuveiros, adaptados para pessoa com deficiência; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 8º, V)

VI - banheiros (vestuário) para funcionários; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 8º, VI)

VII - lavanderia; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 8º, VII)

VIII - abrigo externo de resíduos sólidos; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 8º, VIII)

IX - sala de TV; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 8º, IX)

X - sala Administrativa (Escritório); e (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 8º, X)

XI - almoxarifado. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 8º, XI)

Art. 46. A Unidade de Acolhimento Adulto deverá observar os seguintes requisitos específicos: (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 9º)

I - Ser referência para Municípios ou regiões com população igual ou superior de 200.000 (duzentos mil) habitantes; e (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 9º, I)

II - Contar com equipe técnica mínima, composta por profissionais que possuam experiência comprovada de dois anos e/ou pós-graduação lato sensu (mínimo de 360 horas) ou stricto sensu (mestrado ou doutorado) na área de cuidados com pessoas com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, na seguinte proporção: (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 9º, II)

a) 56 horas semanais de profissionais de nível universitário da área da saúde, com distribuição entre os turnos de domingo a domingo de maneira a garantir a presença mínima de um profissional por período todos os dias da semana. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 9º, II, a)

b) Profissionais de nível médio, com a presença mínima de 2 (dois) em todos os dias da semana e nas 24 (vinte e quatro) horas do dia. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 9º, II, b)

Art. 47. Os profissionais de nível universitário na área da saúde poderão pertencer às seguintes categorias profissionais: (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 10)

I - assistente social; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 10, I)

II - educador físico; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 10, II)

III - enfermeiro; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 10, III)

IV - psicólogo; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 10, IV)

V - terapeuta ocupacional; e (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 10, V)

VI - médico. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 10, VI)

Art. 48. A Unidade de Acolhimento Infância-Juvenil deverá observar os seguintes requisitos específicos: (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 11)

I - Ser referência para Municípios ou região com população igual ou superior a 100.000 (cem mil) habitantes; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 11, I)

II - Contar com equipe técnica mínima, composta por profissionais que possuam experiência comprovada de dois anos ou pós-graduação lato sensu (mínimo de 360 horas) ou stricto sensu (mestrado ou doutorado) na área de cuidados com pessoas com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, na seguinte proporção: (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 11, II)

a) 56 horas semanais de profissionais de nível universitário da área da saúde, com distribuição entre os turnos de domingo a domingo de maneira a garantir a presença mínima de um profissional por período todos os dias da semana. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 11, II, a)

b) Profissionais de nível médio, com a presença mínima de 2 (dois) em todos os dias da semana e nas 24 (vinte e quatro) horas do dia. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 11, II, b)

c) 40 horas de profissionais de nível universitário na área de educação, distribuídas de maneira a garantir a presença mínima de 1 (um) profissional por período em todos os dias úteis da semana, das 7 às 19 horas. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 11, II, c)

§ 1º Situações excepcionais serão analisadas pela Área Técnica de Saúde Mental DAPES/SAS/MS, no sentido de se buscar a adequação às peculiaridades regionais, podendo realizar vistoria in loco para a habilitação a qualquer tempo. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 11, Parágrafo Único)

§ 2º Poderá ser implantada 1 (uma) Unidade de Acolhimento em Município ou região que contabilizem de 2.500 (dois mil e quinhentos) a 5.000 (cinco mil) crianças e adolescentes em risco para uso de drogas. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 11, § 1º)

3º O cálculo do número de crianças e adolescentes em risco para uso de drogas deverá observar a fórmula constante do Anexo 2 do Anexo V. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 11, § 2º)

§ 4º Os profissionais de nível universitário na área da saúde poderão pertencer às seguintes categorias profissionais: (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 11, § 3º)

I - assistente Social; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 11, § 3º, I)

II - educador físico; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 11, § 3º, II)

III - enfermeiro; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 11, § 3º, III)

IV - psicólogo; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 11, § 3º, IV)

V - terapeuta ocupacional; e (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 11, § 3º, V)

VI - médico. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 11, § 3º, VI)

Art. 49. As ações a serem desenvolvidas pelas Unidades de Acolhimento e o tempo de permanência de cada usuário deverão estar previstas no Projeto Terapêutico Singular, tendo como parâmetro o limite de seis meses. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 12)

Parágrafo Único. O Projeto Terapêutico Singular será formulado no âmbito do Centro de Atenção Psicossocial com a participação da Unidade de Acolhimento, devendo-se observar as seguintes orientações: (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 12, Parágrafo Único)

I - acolhimento humanizado, com estímulo à grupalização e socialização, por meio de atividades terapêuticas e coletivas; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 12, Parágrafo Único, I)

II - desenvolvimento de ações que garantam a integridade física e mental, considerando o contexto social e familiar; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 12, Parágrafo Único, II)

III - desenvolvimento de intervenções que favoreçam a adesão ao tratamento, visando à interrupção ou redução do uso de crack, álcool e outras drogas; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 12, Parágrafo Único, III)

IV - acompanhamento psicossocial ao usuário e à respectiva família; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 12, Parágrafo Único, IV)

V - atendimento psicoterápico e de orientação, entre outros, de acordo com o Projeto Terapêutico Singular; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 12, Parágrafo Único, V)

VI - atendimento em grupos, tais como psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, assembleias, grupos de redução de danos, entre outros; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 12, Parágrafo Único, VI)

VII - oficinas terapêuticas; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 12, Parágrafo Único, VII)

VIII - atendimento e atividades sociofamiliares e comunitárias; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 12, Parágrafo Único, VIII)

IX - promoção de atividades de reinserção social; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 12, Parágrafo Único, IX)

X - articulação com a Rede intersectorial, especialmente com a assistência social, educação, justiça e direitos humanos, com o objetivo de possibilitar ações que visem à reinserção social, familiar e laboral, como preparação para a saída; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 12, Parágrafo Único, X)

XI - articulação com programas culturais, educacionais e profissionalizantes, de moradia e de geração de trabalho e renda; e (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 12, Parágrafo Único, XI)

XII - saída programada e voltada à completa reinserção do usuário, de acordo com suas necessidades, com ações articuladas e direcionadas à moradia, ao suporte familiar, à inclusão na escola e à geração de trabalho e renda. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 12, Parágrafo Único, XII)

Art. 50. O gestor responsável pela implantação da Unidade de Acolhimento será o responsável pelo acompanhamento, controle, avaliação, fiscalização e auditoria, devendo-se verificar periodicamente o cumprimento dos requisitos e orientações contidos nesta Seção. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 17)

CAPÍTULO III

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS DO TIPO IV (CAPS AD IV)

(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017)

Seção I

Das Disposições Gerais

(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017)

Art. 50-A Este Capítulo define o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas do Tipo IV (CAPS AD IV). (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017)

Art. 50-B O CAPS AD IV é o Ponto de Atenção Especializada que integra a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), destinado a proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, com funcionamento 24 (vinte e quatro) horas por dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017)

§ 1º O CAPS AD IV poderá se destinar a atender adultos ou crianças e adolescentes, conjunta ou separadamente. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017)

§ 2º Nos casos em que se destinar a atender crianças e adolescentes, o CAPS AD IV deverá se adequar ao que prevê o Estatuto da Criança e do Adolescente. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017)

§ 3º O CAPS AD IV funcionará junto a cenas abertas de uso de drogas. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017)

§ 4º O CAPS AD IV será criado em Municípios com população acima de 500.000 habitantes, bem como nas capitais estaduais. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017)

Seção II

Do Funcionamento

(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017)

Art. 50-C O CAPS AD IV observará as seguintes diretrizes de funcionamento: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017)

I - constituir-se em serviço aberto, que funcione segundo a lógica do território e que forneça atenção contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017)

II - ser lugar de referência de cuidado e proteção para usuários e familiares em situações de crise e maior gravidade; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017)

III - estar capacitado para o atendimento de urgências e emergências psiquiátricas; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017)

IV - ter disponibilidade para acolher e tratar casos novos e já vinculados, sem agendamento prévio e sem qualquer outra barreira de acesso; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017)

V - produzir, em conjunto com o usuário e seus familiares, um Projeto Terapêutico Singular que acompanhe o usuário nos contextos cotidianos, promovendo e ampliando as possibilidades de vida e mediando suas relações sociais; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017)

VI - promover inserção, proteção e suporte de grupo para seus usuários, no processo de reabilitação psicossocial; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017)

VII - organizar o processo de trabalho do serviço com equipe multiprofissional, sob a ótica da interdisciplinaridade, priorizando espaços coletivos; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017)

VIII - estabelecer profissionais de referência para cada usuário; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017)

IX - adequar a oferta de serviços às necessidades dos usuários, recorrendo às tecnologias de baixa exigência, tais como acomodação dos horários, acolhimento de usuários mesmo sob o efeito de substâncias, dispensação de insumos de proteção à saúde e à vida; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017)

X - ofertar cuidados à família de usuários, independentemente da vinculação do usuário aos serviços daquele CAPS AD IV; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017)

XI - responsabilizar-se, dentro de suas dependências ou em parceria com outros pontos de atenção da Rede de Saúde, pelo manejo e cuidado de situações envolvendo comorbidade psiquiátrica ou clínica; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017)

XII - compartilhar a responsabilidade pelos usuários nas internações e em outros Pontos de Atenção; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017)

XIII - funcionar de forma articulada com a Rede de Atenção às Urgências e emergências, em especial junto ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192); (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017)

XIV - funcionar de forma articulada com as equipes de Consultório na Rua, que atuarão junto aos usuários nas cenas de uso; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017)

XV - articular-se com a Rede do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) da Região de Saúde a que pertença, para acompanhamento compartilhado de casos, quando necessário; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017)

XVI - orientar os cuidados de acordo com diretrizes e linhas de cuidados vigentes no SUS. [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

Subseção I

Da Atenção Integral ao Usuário

Art. 50-D A atenção integral ao usuário no CAPS AD IV inclui as seguintes atividades: [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

I - trabalhar de portas abertas, com plantões diários de acolhimento e tratamento, garantindo acesso para clientela referenciada e responsabilização efetiva pelos casos, sob a lógica de equipe Interdisciplinar, conforme definido nesta Portaria; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

II - atendimento individual para consultas de rotina e de emergência, atendimento psicoterápico e de orientação, dentre outros; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

III - oferta de medicação assistida e dispensada; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

IV - atendimento em grupos para psicoterapia, grupo operativo e atividades de suporte social, dentre outras; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

V - oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível universitário ou de nível médio, nos termos desta Portaria; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

VI - visitas e atendimentos domiciliares; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

VII - atendimento à família, individual e em grupo; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

VIII - atividades de reabilitação psicossocial; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

IX - estimular o protagonismo dos usuários e familiares, promovendo atividades participativas e de controle social; e

X - fornecimento de refeição diária aos usuários. [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

Subseção II

Da Equipe Mínima

[\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

Art. 50-E O CAPS AD IV funcionará com equipe mínima para atendimento, na seguinte configuração: [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

I - Profissional de nível médio para a realização de atividades de natureza administrativa, cobertura 24 horas por dia. [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

II - Turno Diurno: [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

a) 1 (um) médico clínico (diarista); [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

b) 2 (dois) médicos psiquiatras (um diarista e um plantonista 12h); [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

c) 2 (dois) enfermeiros com experiência e/ou formação na área de saúde mental (plantonistas 12h); [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

d) 6 (seis) profissionais de nível universitário pertencentes às categorias profissionais (diaristas) de psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e educador físico; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

e) 6 (seis) técnicos de enfermagem (plantonistas 12h); e [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

f) 4 (quatro) profissionais de nível médio. [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

III - Turno Noturno: [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

a) 1 (um) médico psiquiatra (plantonista 12h); [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

b) 1 (um) enfermeiro com experiência e/ou formação na área de saúde mental (plantonista 12h); e [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

c) 5 (cinco) técnicos de enfermagem (plantonistas 12h). [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

Parágrafo único. Cabe ao gestor de saúde local garantir a composição da equipe mínima em situações de férias, licenças e outros afastamentos. [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

Subseção III

Da Estrutura Física Mínima

[\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

Art. 50-F. O CAPS AD IV terá a seguinte estrutura física mínima, conforme as normas sanitárias vigentes: [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

I - recepção e espaço para acolhimento inicial / espera; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

II - salas para atendimento individual (consultório); [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

III - sala para atendimento de grupo; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

IV - espaço para refeições; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

V - espaço para convivência; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

VI - banheiros com chuveiro; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

VII - espaço para atividades físicas / esportes; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

VIII - no mínimo 10 (dez) e no máximo 20 (vinte) leitos de observação; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

IX - posto de enfermagem; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

X - sala para reuniões da equipe técnica; e [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

XI - espaço para atendimento e tratamento de urgências e emergências médicas. [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

Seção III

Implantação e da Tipologia

[\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

Art. 50-G. O CAPS AD IV será implantado conforme previsto no Plano de Ação Regional ou instrumento equivalente, e poderá ser de dois tipos: [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

I - CAPS AD IV Novo; e [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

II - CAPS AD IV Reestruturado. [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

Parágrafo único. O CAPS AD IV Reestruturado é aquele que é resultado da adaptação de um CAPS tradicional ou CAPS AD préexistente. [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

Seção IV

Das Disposições Finais

Art. 50-H. Compete à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde a publicação de manual e/ou documentos de apoio, bem como diretrizes clínicas da linha de cuidados. [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

Art. 50-I. A implantação de CAPS AD IV será incentivada na forma da Seção IV-A do Capítulo III do Título VIII da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS de 28 de setembro de 2017, da Portaria de Consolidação nº 6. [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

TÍTULO II-B

DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE MENTAL

[\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

Seção I

Das Disposições Gerais

[\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

Art. 50-J. Fica instituída, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental. [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

§ 1º A Equipe referida no caput é parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), constituindo estratégia para atenção integral à pessoa com transtornos mentais moderados; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

§ 2º As Equipes têm por objetivo prestar atenção multiprofissional em saúde mental, respondendo à necessidade de atendimento especializado identificado pela atenção básica, integrando-se aos demais serviços das redes de atenção à saúde, amparada nos comandos da Lei 10.216 de 2001; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

§ 3º A assistência será organizada a partir da atenção básica, que fará a estratificação de risco para determinar casos a serem referenciados. [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

§ 4º O custeio das equipes dar-se-á na forma do art. 1.062-A da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

Seção II

Do Funcionamento

[\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

Art. 50-K. Compete às equipes: [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

I - ampliar o acesso à assistência em saúde mental para pessoas de todas as faixas etárias com transtornos mentais mais prevalentes, como transtornos de humor, dependência química e transtornos de ansiedade; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

II - prestar assistência multiprofissional às pessoas com transtornos mentais moderados, encaminhados pela Atenção Básica; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

III - constituir preferencialmente referência regional para assistência ambulatorial especializada em saúde mental; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

IV - trabalhar de maneira integrada com outros pontos de atenção das redes do SUS; e [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

V - estabelecer articulação com demais serviços do SUS e com o Sistema Único de Assistência Social, de forma a garantir direitos de cidadania, cuidado transdisciplinar e ação intersetorial. [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

Art. 50-L. As Equipes de que trata este Título serão constituídas por equipes multiprofissionais mínimas, da seguinte forma: [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

I - Equipe tipo 1: composta por 1 (um) médico especialista em psiquiatria ou médico com experiência em psiquiatria (total de 10 horas semanais), 1 (um) psicólogo (30 horas semanais) e 1 (um) assistente social (30 horas semanais); [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

II - Equipe tipo 2: composta por 1 (um) médico especialista em psiquiatria (total de 20 horas semanais), 2 (dois) psicólogos (total de 60 horas semanais) e 1 (um) assistente social (total de 30 horas semanais); e [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

III - Equipe tipo 3: composta por 1 (um) médico especialista em psiquiatria (total de 30 horas semanais), 2 (dois) psicólogos (total de 60 horas semanais), 1 (um) assistente social (total de 30 horas semanais) e 1 (um) profissional de nível superior da área de saúde mental (total de 30 horas semanais). [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

§ 1º A carga-horária de serviços profissionais poderá ser atribuída a mais de um profissional, respeitando o limite mínimo de 10 (dez) horas semanais por profissional. [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

§ 2º Habilitações de mais de uma equipe para um mesmo estabelecimento de saúde somente serão autorizadas após análise do projeto de implantação pela área técnica de saúde mental do Ministério da Saúde. [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

§ 3º Consideram-se as seguintes categorias profissionais de nível superior para fins de atendimento do inciso III do caput: psiquiatra, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo. [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

Seção III

Da Implantação

[\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

Art. 50-M As Equipes deverão estar vinculadas a unidades ambulatoriais especializadas. [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

Parágrafo único. Para habilitação das Equipes, o gestor proponente deverá: [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

I - apresentar projeto assistencial, pactuado em CIB; e II - constituir as equipes na perspectiva de ampliação da oferta de assistência especializada em saúde mental. [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

TÍTULO III

DAS NORMAS DE FUNCIONAMENTO E HABILITAÇÃO DO SERVIÇO HOSPITALAR DE REFERÊNCIA PARA ATENÇÃO A PESSOAS COM SOFRIMENTO OU TRANSTORNO MENTAL E COM NECESSIDADES DE SAÚDE DECORRENTES DO USO DE ÁLCOOL, CRACK E OUTRAS DROGAS, DO COMPONENTE HOSPITALAR DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Art. 51. Este Título define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 1º)

CAPÍTULO I

DO SERVIÇO HOSPITALAR DE REFERÊNCIA PARA ATENÇÃO A PESSOAS COM SOFRIMENTO OU TRANSTORNO MENTAL E COM NECESSIDADES DE SAÚDE DECORRENTES DO USO DE ÁLCOOL, CRACK E OUTRAS DROGAS (Origem: PRT MS/GM 148/2012, CAPÍTULO I)

Seção I

Das Diretrizes

(Origem: PRT MS/GM 148/2012, CAPÍTULO I, Seção I)

Art. 52. O Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas é um ponto de atenção do componente Atenção Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial e observará as seguintes diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 2º)

I - função precípua de preservação da vida, visando criar condições para a garantia da continuidade do cuidado pelos outros componentes da Rede de Atenção Psicossocial; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 2º, I)

II - integração à Rede de Atenção Psicossocial, como parte das demandas e fluxos assistenciais na Região de Saúde, potencializando ações de matriciamento, corresponsabilidade pelos casos e garantia da continuidade do cuidado; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 2º, II)

III - articulação com os outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde na Região de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 2º, III)

IV - oferta de suporte hospitalar para situações de urgência/emergência decorrentes do consumo ou abstinência de álcool, crack e outras drogas, bem como de comorbidades psiquiátricas e/ou clínicas advindas da Rede de Atenção às Urgências, da Rede de Atenção Psicossocial e da Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 2º, IV)

V - competência da Rede de Saúde local para regulação do acesso aos leitos; e (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 2º, V)

VI - funcionamento em regime integral, nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e nos 7 (sete) dias da semana, finais de semana e feriados inclusive, sem interrupção da continuidade entre os turnos. (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 2º, VI)

Art. 53. O Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas construirá seu projeto técnico considerando as seguintes referências: (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 3º)

I - internações de curta duração, até a estabilidade clínica do usuário, respeitando as especificidades de cada caso; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 3º, I)

II - adoção de protocolos técnicos para o manejo terapêutico dos casos; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 3º, II)

III - estabelecimento de fluxos entre os pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial e Rede de Atenção às Urgências e o sistema de regulação; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 3º, III)

IV - incorporação da estratégia de redução de danos como norteadora de projetos terapêuticos singulares, pactuados nos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 3º, IV)

V - articulação com outros pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial para continuidade do tratamento, considerando perspectiva preventiva para outros episódios de internação; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 3º, V)

VI - estabelecimento de mecanismos de integração do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas com outros setores do Hospital Geral, por intermédio de interconsulta ou outras formas de interação entre os diversos serviços, a partir de demandas de ordem clínica específica; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 3º, VI)

VII - garantia de transferência do usuário para estruturas hospitalares de maior complexidade, devidamente acreditadas pelo gestor local de saúde, quando as condições clínicas impuserem tal necessidade; e (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 3º, VII)

VIII - avaliação permanente, por equipe multiprofissional, dos indicadores de qualidade e humanização da assistência prestada. (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 3º, VIII)

Art. 54. O projeto técnico do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas contemplará as seguintes atividades, de acordo com as demandas singulares de cada usuário: (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 4º)

I - avaliação clínica e psicossocial realizada por equipe multiprofissional, devendo ser considerado o estado clínico/psíquico do paciente; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 4º, I)

II - abordagem familiar, incluídas orientações sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento em outros pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial; e (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 4º, II)

III - articulação com outros pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial para construção do Projeto Terapêutico Singular. (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 4º, III)

Seção II

Da Estrutura Física

(Origem: PRT MS/GM 148/2012, CAPÍTULO I, Seção II)

Art. 55. A estrutura física do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas observará os seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 5º)

I - iluminação e ventilação adequadas, permitindo que os atendimentos sejam desenvolvidos com conforto, privacidade, quando necessário, organização e segurança; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 5º, I)

II - em instalações hospitalares de arquitetura vertical, o Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas deve ficar o mais próximo possível do andar térreo, facilitando o trânsito e reduzindo os riscos aos usuários do serviço, e possibilitando a integração de pequena área livre para atividades; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 5º, II)

III - busca da compatibilização entre espaços hospitalares concebidos, de acordo com a economia espacial utilizada pela arquitetura hospitalar, e o uso desses mesmos espaços de acordo com a dinâmica da atenção psicossocial, em uma lógica na qual a humanização do cuidado e a convivência se apresentem como favorecedores do processo terapêutico; e (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 5º, III)

IV - observância dos critérios e normas estabelecidos pela legislação em vigor, especialmente: (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 5º, IV)

a) RDC ANVISA nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Planejamento, Prorrogação, Elaboração e Avaliação de Projetos Físicos de Estabelecimentos de Assistência à Saúde, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 5º, IV, a)

b) RDC ANVISA nº 63, de 25 de novembro de 2011, que dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 5º, IV, b)

c) Resolução nº 5, de 5 de agosto de 1993, do Conselho Nacional de Meio Ambiente (CONAMA). (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 5º, IV, c)

Art. 56. A configuração do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas observará os seguintes parâmetros: (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 6º) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

I - no caso de até 10 (dez) leitos implantados, o Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas poderá funcionar em: (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 6º, I) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

a) leitos de clínica médica qualificados para o atendimento destinado a pessoas adultas em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas; ou (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 6º, I, a) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

b) leitos de pediatria qualificados para o atendimento destinado a crianças e adolescentes em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 6º, I, b) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

II - no caso de mais de 10 (dez) leitos implantados, o Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas funcionará em enfermaria especializada destinada ao atendimento de pessoas em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 6º, II) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

Parágrafo Único. Os leitos de atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas destinados ao atendimento de crianças e adolescentes deverão estar sempre localizados em espaço próprio, resguardando-se o direito à permanência de acompanhante em tempo integral. (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 6º, Parágrafo Único) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

Seção III

Da Equipe Técnica Multiprofissional

(Origem: PRT MS/GM 148/2012, CAPÍTULO I, Seção III)

Art. 57. A definição da equipe técnica multiprofissional responsável pelo Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas observará a graduação do número de leitos implantados, na seguinte proporção: (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 7º)

I - para o cuidado de até 4 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima será de: (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 7º, I)

a) 1 (um) técnico ou auxiliar de enfermagem por turno; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 7º, I, a)

b) 1 (um) profissional de saúde mental de nível superior; e (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 7º, I, b)

c) 1 (um) médico clínico responsável pelos leitos; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 7º, I, c)

II - para o cuidado de 5 a 10 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima será de: (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 7º, II)

a) 2 (dois) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 7º, II, a)

b) 2 (dois) profissionais de saúde mental de nível superior; e (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 7º, II, b)

c) 1 (um) médico clínico responsável pelos leitos; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 7º, II, c)

III - para o cuidado de 11 a 20 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima será de: (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 7º, III)

a) 4 (quatro) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 7º, III, a)

b) 1 (um) enfermeiro por turno; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 7º, III, b)

c) 2 (dois) profissionais de saúde mental de nível superior; e (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 7º, III, c)

d) 1 (um) médico, preferencialmente psiquiatra, responsável pelos leitos. (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 7º, III, d)

IV - para o cuidado de 21 a 30 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima será de: (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 7º, IV)

a) 6 (seis) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 7º, IV, a)

b) 1 (um) enfermeiro por turno; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 7º, IV, b)

c) 3 (três) profissionais de saúde mental de nível superior; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 7º, IV, c)

d) 1 (um) médico clínico responsável pelos leitos; e (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 7º, IV, d)

e) 1 (um) médico psiquiatra responsável pelos leitos. (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 7º, IV, e)

Art. 57. A definição da equipe técnica multiprofissional responsável pelo Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Unidade de Referência Especializada em Hospitais Geral) observará a graduação do número de leitos implantados, na seguinte proporção: [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

I - para o cuidado em enfermaria de 8 a 10 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima será de: [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

a) 2 (dois) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

b) 2 (dois) profissionais de saúde mental de nível superior, totalizando carga-horária mínima de 40h por semana; e [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

c) 1 (um) médico psiquiatra responsável pelos leitos, carga-horária mínima de 10h por semana. [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

II - para o cuidado em enfermaria de 11 a 20 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima será de: [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

a) 4 (quatro) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno diurno e 3 (três) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno noturno; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

b) 1 (um) enfermeiro por turno; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

c) 2 (dois) profissionais de saúde mental de nível superior, totalizando carga-horária mínima de 60h por semana; e [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

d) 1 (um) médico psiquiatra responsável pelos leitos, contabilizando carga-horária mínima total de serviços de 20h por semana. [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

III - para o cuidado de 21 a 30 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima será de: [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

a) 5 (cinco) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno diurno e 4 (quatro) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno noturno; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

b) 1 (um) enfermeiro por turno; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

c) 2 (dois) profissionais de saúde mental de nível superior, totalizando carga-horária de 90h por semana; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

d) 1 (um) médico clínico responsável pelas interconsultas; e [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

e) 1 ou 2 (um ou dois) médico(s) psiquiatra(s) responsável(is) pelos leitos, contabilizando carga-horária total de serviços de 30h por semana. [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

Parágrafo único. A implantação das unidades de que trata o caput será incentivada na forma do art. 1032-A da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017." (NR) "Art. 59. A distribuição do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Unidade de Referência Especializada em Hospitais Geral) observará os seguintes parâmetros e critérios: [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

I - o número de leitos de atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas não deverá exceder o percentual de 20% (vinte por cento) do número total de leitos do Hospital Geral; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

II - cada unidade de enfermaria não poderá ultrapassar o máximo de 30 leitos; e [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

III - os Planos de Ação Regionais da RAPS que ultrapassarem os parâmetros dos incisos I e II acima poderão ser aprovados, em caráter de excepcionalidade, após justificativa pelo gestor estadual ou municipal à Área Técnica de Saúde Mental do Departamento de Ações Programáticas da Secretaria de Atenção à Saúde (Área Técnica de Saúde Mental do DAPES/SAS/MS), que levará em conta os Planos Regionais de Ação da RAPS e suas particularidades. [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#)

CAPÍTULO II

DA IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO HOSPITALAR DE REFERÊNCIA PARA ATENÇÃO A PESSOAS COM SOFRIMENTO OU TRANSTORNO MENTAL E COM NECESSIDADES DE SAÚDE DECORRENTES DO USO DE ÁLCOOL, CRACK E OUTRAS DROGAS

(Origem: PRT MS/GM 148/2012, CAPÍTULO II)

Art. 58. A implantação do Serviço Hospitalar de Referência para a atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas observará os seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 8º)

I - em Municípios ou Regiões de Saúde com até 100 (cem) mil habitantes, a implantação do serviço referido no caput depende da existência de ações de saúde mental na Atenção Básica e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de referência; e (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 8º, I)

II - em Municípios ou Regiões de Saúde com mais de 100 (cem) mil habitantes, a implantação do serviço referido no caput depende da existência de ações de saúde mental na Atenção Básica e de CAPS de referência que realize atenção a pessoas com transtornos mentais e usuários de álcool e outras drogas. (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 8º, II)

Parágrafo Único. O Serviço Hospitalar de Referência de que trata este artigo deve ser implantado em Hospitais Gerais, preferencialmente de natureza pública ou filantrópica, e serão preferencialmente utilizados também como espaços de atuação docente assistencial. (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 8º, Parágrafo Único)

Art. 59. A distribuição dos leitos hospitalares para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas observará os seguintes parâmetros e critérios: (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 9º)

I - 1 (um) leito de atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas para cada 23 mil habitantes, tendo como base o Capítulo II do Título IV da Portaria de Consolidação nº 1; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 9º, I)

II - O número de leitos de atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas não deverá exceder o percentual de 15% (quinze por cento) do número total de leitos do Hospital Geral, até o máximo de 25 leitos (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 9º, II) (com redação dada pela PRT MS/GM 1615/2012)

Parágrafo Único. Projetos que ultrapassarem os parâmetros dos incisos I e II poderão, em caráter de excepcionalidade, ser analisados tecnicamente pela Área Técnica de Saúde Mental do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde (Área Técnica de Saúde Mental do DAPES/SAS/MS), observada a pactuação regional acerca das particularidades da Rede de Atenção Psicossocial das distintas Regiões de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 9º, Parágrafo Único)

Art. 60. O planejamento de distribuição regional do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas será definido pelos gestores de saúde dos Estados, Municípios e do Distrito Federal, na perspectiva da constituição do Componente Atenção Hospitalar como estratégia para a estruturação da Rede de Atenção Psicossocial e da Rede de Atenção às Urgências. (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 10)

Art. 61. O planejamento de distribuição regional do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas deve constar do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção Psicossocial, ou instrumento equivalente. (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 11)

CAPÍTULO III
DO ACOMPANHAMENTO

Art. 62. A Área Técnica do DAPES/SAS/MS procederá à avaliação semestral de desempenho do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, considerando a taxa média de ocupação e a média de permanência do usuário no leito de atenção. (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 18)

Art. 63. A SAS/MS publicará ato específico para regulamentar os procedimentos para o funcionamento do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas em Hospitais Gerais e os mecanismos de controle da Autorização de Internação Hospitalar (AIH). (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 19)

TÍTULO IV

DO CONTROLE DAS INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS INVOLUNTÁRIAS (IPI) E VOLUNTÁRIAS (IPV)

Art. 64. Os estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do Sistema Único de Saúde, observarão o disposto neste Título para efetuar as internações psiquiátricas voluntárias ou involuntárias, conforme o disposto na Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001. (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 1º)

Art. 65. A internação psiquiátrica somente deverá ocorrer após todas as tentativas de utilização das demais possibilidades terapêuticas e esgotados todos os recursos extra-hospitalares disponíveis na rede assistencial, com a menor duração temporal possível. (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 2º)

Art. 66. Ficam caracterizadas quatro modalidades de internação: (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 3º)

I - Internação Psiquiátrica Involuntária (IPI); (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 3º, I)

II - Internação Psiquiátrica Voluntária (IPV), (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 3º, II)

III - Internação Psiquiátrica Voluntária que se torna Involuntária (IPVI), (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 3º, III)

IV - Internação Psiquiátrica Compulsória (IPC). (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 3º, IV)

§ 1º Internação Psiquiátrica Voluntária é aquela realizada com o consentimento expresso do paciente. (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Internação Psiquiátrica Involuntária é aquela realizada sem o consentimento expresso do paciente. (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 3º, § 2º)

§ 3º A Internação Psiquiátrica Voluntária poderá tornar-se involuntária quando o paciente internado exprimir sua discordância com a manutenção da internação. (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 3º, § 3º)

§ 4º A Internação Psiquiátrica Compulsória é aquela determinada por medida judicial e não será objeto da presente regulamentação. (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 3º, § 4º)

Art. 67. As internações involuntárias, referidas no art. 66, § 2º, deverão ser objeto de notificação às seguintes instâncias: (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 4º)

I - ao Ministério Público Estadual ou do Distrito Federal e Territórios onde o evento ocorrer, (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 4º, I)

II - à Comissão referida no art. 73. (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 4º, II)

Art. 68. A Comunicação de Internação Psiquiátrica Involuntária deverá ser feita, no prazo de 72 horas, às instâncias referidas no art. 67, observado o sigilo das informações, em formulário próprio (Termo de Comunicação de Internação Psiquiátrica Involuntária, modelo constante do Anexo 3 do Anexo V), que deverá conter laudo de médico especialista pertencente ao quadro de funcionários do estabelecimento de saúde responsável pela internação. (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 5º)

Parágrafo Único. O laudo médico é parte integrante da Comunicação de Internação Psiquiátrica Involuntária, a qual deverá conter obrigatoriamente as seguintes informações: (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 5º, Parágrafo Único)

I - identificação do estabelecimento de saúde; (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 5º, Parágrafo Único, I)

II - identificação do médico que autorizou a internação; (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 5º, Parágrafo Único, II)

III - identificação do usuário e do seu responsável e contatos da família; (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 5º, Parágrafo Único, III)

IV - caracterização da internação como voluntária ou involuntária; (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 5º, Parágrafo Único, IV)

V - motivo e justificativa da internação; (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 5º, Parágrafo Único, V)

VI - descrição dos motivos de discordância do usuário sobre sua internação; (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 5º, Parágrafo Único, VI)

VII - CID; (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 5º, Parágrafo Único, VII)

VIII - informações ou dados do usuário, pertinentes à Previdência Social (INSS); (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 5º, Parágrafo Único, VIII)

IX - capacidade jurídica do usuário, esclarecendo se é interditado ou não; e (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 5º, Parágrafo Único, IX)

X - informações sobre o contexto familiar do usuário; (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 5º, Parágrafo Único, X)

XI - previsão estimada do tempo de internação (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 5º, Parágrafo Único, XI)

Art. 69. Caberá ao Ministério Público o registro da notificação das internações psiquiátricas involuntárias (IPI), bem como das voluntárias que se tornam involuntárias (IPVI), para controle e acompanhamento destas até a alta do paciente. (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 6º)

Art. 70. Se no decurso de uma internação voluntária o paciente exprimir discordância quanto à sua internação, após sucessivas tentativas de persuasão pela equipe terapêutica, passando a caracterizar-se uma internação involuntária, o estabelecimento de saúde enviará ao Ministério Público o Termo de Comunicação de Internação Involuntária, até 72 horas após aquela manifestação, devidamente assinado pelo paciente. (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 7º)

Art. 71. Caberá à instituição responsável pela internação involuntária a comunicação da alta hospitalar, conforme modelo de formulário Anexo 3 do Anexo V, do qual deverão constar, obrigatoriamente, as seguintes informações: (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 8º)

I - numeração da IPI; (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 8º, I)

II - data; (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 8º, II)

III - condições da alta; (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 8º, III)

IV - encaminhamento do paciente. (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 8º, IV)

Art. 72. Nas internações voluntárias, deverá ser solicitado ao paciente que firme o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, modelo em Anexo 3 do Anexo V, que ficará sob a guarda do estabelecimento. (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 9º)

Art. 73. O gestor estadual do SUS constituirá uma Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias, com a participação de integrante designado pelo Ministério Público Estadual, que fará o acompanhamento dessas internações, no prazo de setenta e duas horas após o recebimento da comunicação pertinente. (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 10)

§ 1º A Comissão deverá ser multiprofissional, sendo integrantes dela, no mínimo, um psiquiatra ou clínico geral com habilitação em Psiquiatria, e um profissional de nível superior da área de saúde mental, não pertencentes ao corpo clínico do estabelecimento onde ocorrer a internação, além de representante do Ministério Público Estadual. É relevante e desejável que dela também façam parte representantes de associações de direitos humanos ou de usuários de serviços de saúde mental e familiares. (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 10, § 1º)

§ 2º Se necessário, poderão ser constituídas Comissões Revisoras das Internações Psiquiátricas Involuntárias, em âmbito microrregional, municipal ou por regiões administrativas de municípios de grande porte. (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 10, § 2º)

Art. 74. O Ministério Público poderá solicitar informações complementares ao autor do laudo e à direção do estabelecimento, bem como realizar entrevistas com o internado, seus familiares ou quem mais julgar conveniente, podendo autorizar outros especialistas a examinar o internado, com vistas a oferecerem parecer escrito. (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 11)

Art. 75. A Comissão Revisora efetuará, até o sétimo dia da internação, a revisão de cada internação psiquiátrica involuntária, emitindo laudo de confirmação ou suspensão do regime de tratamento adotado e remetendo cópia deste ao estabelecimento de saúde responsável pela internação, no prazo de vinte e quatro horas. (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 12)

Art. 76. O Diretor do estabelecimento enviará mensalmente ao gestor estadual do SUS listagem contendo o nome do paciente internado e o número da notificação da Internação Psiquiátrica Involuntária (IPI e IPVI), ressalvados os cuidados de sigilo. (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 13)

TÍTULO V

DOS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS EM SAÚDE MENTAL PARA O ATENDIMENTO AO PORTADOR DE TRANSTORNOS MENTAIS

Art. 77. Ficam criados os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais. (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 1º)

~~**Parágrafo Único.** Entende-se como Serviços Residenciais Terapêuticos, moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social. (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 1º, Parágrafo Único)~~

Parágrafo Único. Entende-se como Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) moradias inseridas na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais crônicos com necessidade de cuidados de longa permanência, prioritariamente egressos de internações psiquiátricas e de hospitais de custódia, que não possuam suporte financeiro, social e/ou laços familiares que permitam outra forma de reinserção. [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#).

Art. 78. Os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental constituem uma modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada, de maneira que, a cada transferência de paciente do Hospital Especializado para o Serviço de Residência Terapêutica, deve-se reduzir ou descredenciar do SUS, igual número de leitos naquele hospital, realocando o recurso da AIH correspondente para os tetos orçamentários do estado ou município que se responsabilizará pela assistência ao paciente e pela rede substitutiva de cuidados em saúde mental. (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 2º)

Art. 79. Os SRT deverão acolher pessoas com internação de longa permanência, egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia. (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 2º-A)

Parágrafo Único. Para fins deste Título, será considerada internação de longa permanência a internação de 2 (dois) anos ou mais ininterruptos. (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 2º-A, Parágrafo Único)

Art. 80. Os SRT serão constituídos nas modalidades Tipo I e Tipo II, definidos pelas necessidades específicas de cuidado do morador, conforme descrito no Anexo 4 do Anexo V. (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 2º-B)

~~**§ 1º** São definidos como SRT Tipo I as moradias destinadas a pessoas com transtorno mental em processo de desinstitucionalização, devendo acolher no máximo 8 (oito) moradores. (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 2º-B, § 1º)~~

§ 1º São definidos como SRT Tipo I as moradias destinadas a pessoas com transtorno mental em processo de desinstitucionalização, devendo acolher até no máximo 10 (dez) moradores. [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017\)](#).

§ 2º São definidos como SRT Tipo II as modalidades de moradia destinadas às pessoas com transtorno mental e acentuado nível de dependência, especialmente em função do seu comprometimento físico, que necessitam de cuidados permanentes específicos, devendo acolher no máximo 10 (dez) moradores. (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 2º-B, § 2º)

§ 3º Para fins de repasse de recursos financeiros, os Municípios deverão compor grupos de mínimo quatro moradores em cada tipo de SRT. (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 2º-B, § 3º)

§ 4º Os SRT tipo II deverão contar com equipe mínima composta por cuidadores de referência e profissional técnico de enfermagem, observando-se as diretrizes constantes do Anexo 4 do Anexo V. (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 2º-B, § 4º)

§ 5º As duas modalidades de SRT se mantêm como unidades de moradia, inseridos na comunidade, devendo estar localizados fora dos limites de unidades hospitalares gerais ou especializadas, estando vinculados a rede pública de serviços de saúde. (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 2º-B, § 5º)

Art. 81. Cabe aos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental: (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 3º)

I - garantir assistência aos portadores de transtornos mentais com grave dependência institucional que não tenham possibilidade de desfrutar de inteira autonomia social e não possuam vínculos familiares e de moradia; (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 3º, a)

II - atuar como unidade de suporte destinada, prioritariamente, aos portadores de transtornos mentais submetidos a tratamento psiquiátrico em regime hospitalar prolongado; e (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 3º, b)

III - promover a reinserção desta clientela à vida comunitária. (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 3º, c)

Art. 82. Os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental deverão ter um Projeto Terapêutico baseado nos seguintes princípios e diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 4º)

I - ser centrado nas necessidades dos usuários, visando à construção progressiva da sua autonomia nas atividades da vida cotidiana e à ampliação da inserção social; (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 4º, a)

II - ter como objetivo central contemplar os princípios da reabilitação psicossocial, oferecendo ao usuário um amplo projeto de reintegração social, por meio de programas de alfabetização, de reinserção no trabalho, de mobilização de recursos comunitários, de autonomia para as atividades domésticas e pessoais e de estímulo à formação de associações de usuários, familiares e voluntários; e (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 4º, b)

III - respeitar os direitos do usuário como cidadão e como sujeito em condição de desenvolver uma vida com qualidade e integrada ao ambiente comunitário. (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 4º, c)

Art. 83. Constituem normas e critérios para inclusão dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental no SUS: (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 5º)

I - serem exclusivamente de natureza pública; (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 5º, a)

II - a critério do gestor local, poderão ser de natureza não governamental, sem fins lucrativos, devendo para isso ter Projetos Terapêuticos específicos, aprovados pela Coordenação Nacional de Saúde Mental; (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 5º, b)

III - estarem integrados à rede de serviços do SUS, municipal, estadual ou por meio de consórcios intermunicipais, cabendo ao gestor local a responsabilidade de oferecer uma assistência integral a estes usuários, planejando as ações de saúde de forma articulada nos diversos níveis de complexidade da rede assistencial; (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 5º, c)

IV - estarem sob gestão preferencial do nível local e vinculados, tecnicamente, ao serviço ambulatorial especializado em saúde mental mais próximo; e (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 5º, d)

V - a critério do Gestor municipal/estadual de saúde os Serviços Residenciais Terapêuticos poderão funcionar em parcerias com organizações não governamentais (ONGs) de saúde, ou de trabalhos sociais ou de pessoas físicas nos moldes das famílias de acolhimento, sempre supervisionadas por um serviço ambulatorial especializado em saúde mental. (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 5º, e)

Art. 84. São características físico-funcionais dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental: (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 6º)

I - apresentar estrutura física situada fora dos limites de unidades hospitalares gerais ou especializadas seguindo critérios estabelecidos pelos gestores municipais e estaduais; (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 6º, I)

II - existência de espaço físico que contemple de maneira mínima: (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 6º, II)

a) dimensões específicas compatíveis para abrigar um número de no máximo 08 (oito) usuários, acomodados na proporção de até 03 (três) por dormitório. (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 6º, II, a)

b) sala de estar com mobiliário adequado para o conforto e a boa comodidade dos usuários; (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 6º, II, b)

c) dormitórios devidamente equipados com cama e armário; (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 6º, II, c)

d) copa e cozinha para a execução das atividades domésticas com os equipamentos necessários (geladeira, fogão, filtros, armários, etc.); e (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 6º, II, d)

e) garantia de, no mínimo, três refeições diárias, café da manhã, almoço e jantar. (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 6º, II, e)

Art. 85. Definir que os serviços ambulatoriais especializados em saúde mental, aos quais os Serviços Residenciais Terapêuticos estejam vinculados, possuam equipe técnica que atuará na assistência e supervisão das atividades, constituída, no mínimo, pelos seguintes profissionais: (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 7º)

I - 01 (um) profissional médico; (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 7º, I)

II - 02 (dois) profissionais de nível médio com experiência e/ou capacitação específica em reabilitação psicossocial. (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 7º, II)

Art. 86. Cabe ao gestor municipal /estadual do SUS identificar os usuários em condições de serem beneficiados por esta nova modalidade terapêutica, bem como instituir as medidas necessárias ao processo de transferência dos mesmos dos hospitais psiquiátricos para os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde mental. (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 8º)

Art. 87. Ficam priorizados, para a implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, os municípios onde já existam outros serviços ambulatoriais de saúde mental de natureza substitutiva os hospitais psiquiátricos, funcionando em consonância com os princípios da II Conferência Nacional de Saúde Mental e contemplados dentro de um plano de saúde mental, devidamente discutido e aprovado nas instâncias de gestão pública. (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 9º)

Art. 88. Para a inclusão dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental no Cadastro do SUS, deverão ser cumpridas as normas gerais que vigoram para cadastramento no Sistema Único de Saúde e a apresentação de documentação comprobatória aprovada pelas Comissões Intergestores Bipartite. (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 10)

Art. 89. As Secretarias Estaduais e Secretarias Municipais de Saúde, com apoio técnico do Ministério da Saúde, deverão estabelecer rotinas de acompanhamento, supervisão, controle e avaliação para a garantia do funcionamento com qualidade dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental. (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 12)

Art. 90. As Secretarias de Assistência à Saúde e a Secretaria-Executiva, mediante ato conjunto, regulamentarão os procedimentos assistenciais dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental. (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 13)

Art. 91. Cabe aos gestores de saúde do SUS emitir normas complementares que visem a estimular as políticas de intercâmbio e cooperação com outras áreas de governo, Ministério Público, Organizações Não Governamentais, no sentido de ampliar a oferta de ações e de serviços voltados para a assistência aos portadores de transtornos mentais, tais como: desinterdição jurídica e social, bolsa-salário ou outra forma de benefício pecuniário, inserção no mercado de trabalho. (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 14)

TÍTULO VI

DA ESTRATÉGIA NACIONAL DE AVALIAÇÃO, MONITORAMENTO, SUPERVISÃO E APOIO TÉCNICO AOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E OUTROS SERVIÇOS DA REDE PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL DO SUS

Art. 92. Fica instituída a Estratégia Nacional de Avaliação, Monitoramento, Supervisão e Apoio Técnico aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e outros Dispositivos Comunitários da rede pública de saúde mental. (Origem: PRT MS/GM 678/2006, Art. 1º)

Parágrafo Único. A Estratégia objeto deste artigo será desenvolvida por meio do estabelecimento de parceria entre o Ministério da Saúde e instituições de ensino, pesquisa e extensão, com o objetivo de formulação e execução de projetos de pesquisa e produção e de conhecimento para avaliação e aperfeiçoamento dos CAPS e demais serviços da

rede pública de saúde mental, focalizando desde a acessibilidade, a organização dos serviços, a gestão, a qualidade da atenção, a efetividade, a formação dos profissionais e a produção de qualidade de vida e cidadania dos usuários envolvidos. (Origem: PRT MS/GM 678/2006, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 93. Para a condução da Estratégia de que trata o art. 92, o Ministério da Saúde buscará o estabelecimento de parceria com os seguintes centros universitários: (Origem: PRT MS/GM 678/2006, Art. 2º)

- I - Universidade Federal da Bahia - Instituto de Saúde Coletiva; (Origem: PRT MS/GM 678/2006, Art. 2º, I)
- II - Universidade de Brasília - Instituto de Psicologia; (Origem: PRT MS/GM 678/2006, Art. 2º, II)
- III - Universidade Estadual de Campinas - Instituto de Saúde Coletiva; (Origem: PRT MS/GM 678/2006, Art. 2º, III)
- IV - Universidade de São Paulo - Escola de Enfermagem; (Origem: PRT MS/GM 678/2006, Art. 2º, IV)
- V - Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública; e (Origem: PRT MS/GM 678/2006, Art. 2º, V)
- VI - Universidade Federal do Rio de Janeiro - Centro de Ciências da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 678/2006, Art. 2º, VI)

Art. 94. A Secretaria de Atenção à Saúde, ouvidas as Secretarias de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos e de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, no prazo de 60 (sessenta) dias, procederá à elaboração do Termo de Cooperação Técnica e Científica entre as referidas universidades e o Ministério da Saúde, do qual conste a definição das ações e responsabilidades de cada instituição. (Origem: PRT MS/GM 678/2006, Art. 3º)

ANEXO 1 DO ANEXO V

MATRIZ DIAGNÓSTICA DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Anexo 1)

MATRIZ DIAGNÓSTICA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL					
Região:					
Município:					
População:					
COMPONENTE	Ponto de Atenção	Necessidade	Existentes	Déficit	Parâmetro
I. Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde				Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica, de 21 de outubro 2011
	Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas				Consultório na Rua: Portarias nos 122 e 123 de 25 de janeiro de 2012, que define as diretrizes de organização e o funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório: A ser normatizado por portaria específica.
	Núcleo de Apoio à Saúde da Família				Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica, apresentada pela Portaria n. 2488, de 21 de outubro de 2011.
	Centro de Convivência				A ser normatizado por portaria específica.
II. Atenção Psicossocial	CAPS I				Municípios ou regiões com pop. acima de 15 mil hab.
	CAPS II				Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
	CAPS III				Municípios ou regiões com pop. acima de 150 mil hab
	CAPS AD				Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
	CAPS AD III				Municípios ou regiões com pop. acima de 150 mil hab
	CAPS i				Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
III. Atenção de Urgência e Emergência	UPA SAMU Sala de Estabilização Portas Hospitalares de Atenção à Urgência/Pronto Socorro				Conforme orientações de Portaria específica.
IV. Atenção Residencial de Caráter Transitório	UA ADULTO				Conforme orientações da Portaria 121. de 25 de janeiro de 2012.
	UA INFANTO-JUVENIL				Conforme orientações da Portaria 121. de 25 de janeiro de 2012.
	SERVIÇO DE ATENÇÃO EM REGIME RESIDENCIAL				Municípios ou regiões com ao menos 1 CAPS e uma UA adulto.
V. Atenção Hospitalar	LEITOS DE PSIQUIATRIA EM HOSPITAL GERAL				1 leito para cada 23 mil habitantes
	SERVIÇO HOSPITALAR DE REFERÊNCIA				
VI. Estratégias de Desinstitucionalização	SRT				A depender do nº de municípios que recebam alta após ao menos dois anos de internação ininterrupta em hospital psiquiátrico ou hospital de custódia
	PVC				A depender do nº de municípios que recebam alta após ao menos dois anos de internação ininterrupta em hospital psiquiátrico ou hospital de custódia
VII. Estratégias de Reabilitação Psicossocial	COOPERATIVAS SOCIAIS, EMPREENDIMENTOS SOLIDÁRIOS E				Conforme orientações da Portaria n.132 de 26 de janeiro de 2012

	INICIATIVAS DE TRABALHO E RENDA				

ANEXO 2 DO ANEXO V
FÓRMULA PARA DEFINIÇÃO DO NÚMERO DE CRIANÇAS, ADOLESCENTES E JOVENS EM RISCO PARA USO DE DROGAS: (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Anexo 1)

Fórmula para definição do número de crianças, adolescentes e jovens em risco para uso de drogas:

Num. de hab. Entre 10 e 19 anos x 6 = N

100

Onde:

- 1 .Número de habitantes entre 10 e 19 anos.
2. 6%: Percentual de uso de qualquer droga no último mês por estudantes de 10 a 19 anos, segundo dados do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), realizado em 2010.
3. N: Número de crianças e adolescentes em risco para uso de drogas.

ANEXO 3 DO ANEXO V
FORMULÁRIOS (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Anexo 1)

FORMULÁRIOS

TIMBRE DA INSTITUIÇÃO

_____, de _____ de 200__

Dando cumprimento ao que dispõe o § 1º do artigo 8º, da Lei nº 10.216, de 06/04/2001, encaminhamos dentro do prazo legal, as informações sobre a alta do(a) paciente abaixo relacionado(a):

COMUNICAÇÃO DE ALTA DO PACIENTE - Nº

1. ESTABELECIMENTO

Nome: _____ C.G.C.: _____

2. PACIENTE

Nome: _____

Pai: _____ Mãe: _____

Identidade nº: _____ Órgão Exp.: _____ U.F.: _____

C.I.C: _____

Naturalidade: _____ U.F.: _____

Nacionalidade: _____

Data de Nasc.: ____/____/____ Estado Civil: _____

Profissão: _____

3. ALTA

Data: ____/____/____ Hora: ____ C.I.D.: _____ Setor: _____

Justificativa da Alta: _____

Médico responsável pela alta:

Assinatura e Carimbo com nº de CRM

Familiar responsável pelo paciente:

Grau de Parentesco: _____ Identidade nº: _____ Órgão Exp.: _____ U.F.: _____

Assinatura do Responsável

4. Alta solicitada por: () médico () familiar () responsável legal () outros _____

5. Observações: _____

(timbre da instituição)

_____, de _____ de 200__

Dando cumprimento ao que dispõe o § 1º do artigo 8º, da Lei nº 10.216, de 06/04/2001, encaminhamos dentro do prazo legal, as informações sobre o internação do paciente abaixo relacionado:

COMUNICAÇÃO DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA INVOLUNTÁRIA AO MINISTÉRIO PÚBLICO DE _____
Nº _____

1. ESTABELECIMENTO

Nome: _____ C.G.C.: _____

2. PACIENTE

Nome : _____

Pai : _____ Mãe: _____

Identidade Nº: _____ Órgão exp.: _____ U.F.: _____ C.I.C.: _____

Naturalidade: _____ U.F.: _____ Nacionalidade: _____

Data de Nasc.: ____/____/____ Estado Civil: _____ Profissão: _____

Endereço: _____ Cidade: _____ UF: _____

Acompanhante/Responsável

Nome: _____ Grau de parentesco: _____

Endereço: _____ tel.: _____

RG: _____

Assinatura: _____

3. INTERNAÇÃO

Data: ____/____/____ Hora: ____ Local: _____ C.I.D.: _____

Motivo da Internação: _____

Justificativa da Involuntariedade: _____

Motivo de discordância do paciente quanto à internação: _____

Antecedentes psiquiátricos: _____

Tempo estimado da internação (dias):

() 1 a 5 () 6 a 14 () 15 a 21 () 22 a 30 () mais de 30

Médico Responsável pela Internação: _____

Assinatura e Carimbo com nº do CRM

Contexto familiar: _____

4. Situação Jurídica do paciente: Interditado? () sim () não () informação ignorada

5. Dados sobre INSS: _____

6. Observações: _____

(timbre da instituição)

Local e data: _____

Dando cumprimento ao que dispõe o § 1º do artigo 7º, da Lei nº 10.216, de 06/04/2001, encaminhamos dentro do prazo legal, as informações sobre a alta do(a) paciente abaixo relacionado(a):

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA
VOLUNTÁRIA Nº _____

1. ESTABELECIMENTO

Nome: _____ C.G.C.: _____

2. PACIENTE

Nome : _____

Pai: _____ Mãe: _____

Identidade Nº: _____ Órgão Exp.: _____ U.F.: _____

C.I.C.: _____

Naturalidade: _____ U.F.: _____ Nacionalidade: _____

Data de Nasc.: ____/____/____ Estado Civil: _____ Profissão: _____
 Endereço: _____ Cidade: _____ U.F.: _____

3. INTERNAÇÃO

Data: ____/____/____ Hora: ____:____ Setor: _____ C.I.D.: _____

Justificativa: _____

Médico Responsável: _____

Assinatura e Carimbo com nº do CRM

Familiar/ Responsável pelo paciente: _____

Grau de Parentesco: _____ Identidade Nº: _____

Órgão Exp.: _____ U.F.: _____

Endereço: _____ tel.: _____

Assinatura do Responsável

4. CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Concordo com minha internação neste hospital, tendo em vista as informações que me foram prestadas pelo médico responsável, sobre a necessidade de internação e também sobre os meus direitos, garantidos na Lei 10. 216.

Brasília, ____ de ____ de ____

Assinatura ou polegar do paciente

5. Observações: _____

ANEXO 4 DO ANEXO V

DIRETRIZES DE FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Anexo 1)

Os Serviços Residenciais Terapêuticos configuram-se como dispositivo estratégico no processo de desinstitucionalização. Caracterizam-se como moradias inseridas na comunidade destinadas a pessoas com transtorno mental, egressas de hospitais psiquiátricos e/ou hospitais de custódia. O caráter fundamental do SRT é ser um espaço de moradia que garanta o convívio social, a reabilitação psicossocial e o resgate de cidadania do sujeito, promovendo os laços afetivos, a reinserção no espaço da cidade e a reconstrução das referências familiares.

SRT TIPO I

Modalidade de moradia destinada àquelas pessoas com internação de longa permanência que não possuem vínculos familiares e sociais. A lógica fundamental deste serviço é a criação de um espaço de construção de autonomia para retomada da vida cotidiana e reinserção social.

O SRT tipo I deve acolher no máximo 8 (oito) moradores, não podendo exceder este número.

Cada módulo residencial deverá estar vinculado a um serviço/equipe de saúde mental de referência que dará o suporte técnico profissional necessário ao serviço residencial. O acompanhamento dos moradores das residências deve estar em consonância com os respectivos projetos terapêuticos individuais. Tal suporte focaliza-se no processo de reabilitação psicossocial e inserção dos moradores na rede social existente (trabalho, lazer, educação, entre outros).

Cada módulo poderá contar com um cuidador de referência. A incorporação deste profissional deve ser avaliada pela equipe técnica de acompanhamento do SRT, vinculada ao equipamento de saúde de referência e ocorrerá mediante a necessidade de cuidados de cada grupo de moradores, levando-se em consideração o número e nível de autonomia dos moradores.

O ambiente doméstico deve constituir-se conforme definido na Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000:

SRT TIPO II

Modalidade de moradia destinada àquelas pessoas com maior grau de dependência, que necessitam de cuidados intensivos específicos, do ponto de vista da saúde em geral, que demandam ações mais diretas com apoio técnico diário e pessoal, de forma permanente.

Este tipo de SRT deve acolher no máximo 10 (dez) moradores, não podendo exceder este número.

O encaminhamento de moradores para SRTs tipo II deve ser previsto no projeto terapêutico elaborado por ocasião do processo de desospitalização, focado na reapropriação do espaço residencial como moradia, na construção de habilidades para a vida diária referentes ao autocuidado, alimentação, vestuário, higiene, formas de comunicação e aumento das condições para estabelecimento de vínculos afetivos, com consequente inserção deles na rede social existente.

O ambiente doméstico deve constituir-se conforme definido na Portaria 106/GM/MS, de 2000, levando em consideração adequações/adaptações no espaço físico que melhor atendam as necessidades dos moradores. Cada módulo residencial deverá estar vinculado a um serviço/equipe de saúde mental de referência que dará o suporte técnico profissional necessário ao serviço residencial.

Cada módulo residencial deverá contar com cuidadores de referência e um profissional técnico de enfermagem. Para cada grupo de 10 (dez) moradores orienta-se que a RT seja composta por 5 (cinco) cuidadores em regime de

escala e 1 (um) profissional técnico de enfermagem diário. Esta equipe deve estar em consonância com a equipe técnica do serviço de referência.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos configuram-se como dispositivo estratégico no processo de desinstitucionalização. Caracterizam-se como moradias inseridas na comunidade destinadas a pessoas com transtorno mental, egressas de hospitais psiquiátricos e/ou hospitais de custódia. O caráter fundamental do SRT é ser um espaço de moradia que garanta o convívio social, a reabilitação psicossocial e o resgate de cidadania do sujeito, promovendo os laços afetivos, a reinserção no espaço da cidade e a reconstrução das referências familiares. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017)

SRT TIPO I (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017)

Modalidade de moradia destinada àquelas pessoas com internação de longa permanência que não possuem vínculos familiares e sociais. A lógica fundamental deste serviço é a criação de um espaço de construção de autonomia para retomada da vida cotidiana e reinserção social. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017)

O SRT tipo I deve acolher no máximo 10 (dez) moradores, não podendo exceder este número. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017)

Cada módulo residencial deverá estar vinculado a um serviço/equipe de saúde mental de referência que dará o suporte técnico profissional necessário ao serviço residencial. O acompanhamento dos moradores das residências deve estar em consonância com os respectivos projetos terapêuticos individuais. Tal suporte focaliza-se no processo de reabilitação psicossocial e inserção dos moradores na rede social existente (trabalho, lazer, educação, entre outros). (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017)

Cada módulo poderá contar com um cuidador de referência. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017)

A incorporação deste profissional deve ser avaliada pela equipe técnica de acompanhamento do SRT, vinculada ao equipamento de saúde de referência e ocorrerá mediante a necessidade de cuidados de cada grupo de moradores, levando-se em consideração o número e nível de autonomia dos moradores. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017)

SRT TIPO II (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017)

Modalidade de moradia destinada àquelas pessoas com maior grau de dependência, que necessitam de cuidados intensivos específicos, do ponto de vista da saúde em geral, que demandam ações mais diretas com apoio técnico diário e pessoal, de forma permanente. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017)

Este tipo de SRT deve acolher no máximo 10 (dez) moradores, não podendo exceder este número. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017)

O encaminhamento de moradores para SRTs tipo II deve ser previsto no projeto terapêutico elaborado por ocasião do processo de desospitalização, focado na reapropriação do espaço residencial como moradia, na construção de habilidades para a vida diária referentes ao autocuidado, alimentação, vestuário, higiene, formas de comunicação e aumento das condições para estabelecimento de vínculos afetivos, com consequente inserção deles na rede social existente. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017)

O ambiente doméstico deve se constituir conforme definido nesta portaria consolidada, levando em consideração adequações/adaptações no espaço físico que melhor atendam às necessidades dos moradores. Cada módulo residencial deverá estar vinculado a um serviço/equipe de saúde mental de referência que dará o suporte técnico profissional necessário ao serviço residencial. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017)

Cada módulo residencial deverá contar com cuidadores de referência e um profissional técnico de enfermagem. Para cada grupo de 10 (dez) moradores orienta-se que a SRT seja composta por 5 (cinco) cuidadores em regime de escala e 1 (um) profissional técnico de enfermagem diário. Esta equipe deve estar em consonância com a equipe técnica do serviço de referência. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3588 de 21.12.2017)

ANEXO 5 DO ANEXO V

REPASSE DE INCENTIVO FINANCEIRO PARA IMPLANTAÇÃO E/OU IMPLEMENTAÇÃO DE SRTs TIPO I E II
(Origem: PRT MS/GM 3090/2011, Anexo 1)

REPASSE DE INCENTIVO FINANCEIRO PARA IMPLANTAÇÃO E/OU IMPLEMENTAÇÃO DE SRTs TIPO I E II

Documentação necessária para fins de repasse do incentivo:

I) Ofício assinado pelo gestor solicitando o incentivo financeiro, informando o número de Residências que pretende implantar, bem como o tipo (I ou II) e situação de cada serviço (se estão em implantação ou funcionamento). Para os serviços em funcionamento o anexo IV deverá ser preenchido;

II) Termos de Compromisso de gestor local assegurando o início do funcionamento do SRT em até 3 (três) meses a partir da data de recebimento do recurso, podendo esse prazo ser prorrogado uma única vez por igual período;

III) Programa de Ação Técnica do Serviço, contendo os critérios que justifiquem a inserção dos moradores nos diferentes tipos de SRT, e as ações que nortearão a rotina da casa.

IV) Identificação do Serviço de Saúde Mental de Referência que será responsável pelo suporte terapêutico dos moradores do SRT;

V) Proposta Técnica de aplicação do recurso.

ANEXO 6 DO ANEXO V

TABELA 1 (Origem: PRT MS/GM 3090/2011, Anexo 2)

Tabela 1

Nº de Moradores	SRT tipo I			SRT tipo II		
	Serviço (R\$)	Profissional (R\$)	Total (R\$)	Serviço (R\$)	Profissional (R\$)	Total (R\$)
8	8.000,00	2.000,00	10.000,00	12.000,00	8.000,00	20.000,00

ANEXO 7 DO ANEXO V

TABELAS 2 E 3 (Origem: PRT MS/GM 3090/2011, Anexo 3)

Tabela 2

Nº de Moradores	SRT tipo I		
	Serviço	Profissional	Total
4	4.000,00	1.000,00	5.000,00
5	4.625,00	1.625,00	6.250,00
6	5.250,00	2.250,00	7.500,00
7	5.875,00	2.875,00	8.750,00
8	6.500,00	3.500,00	10.000,00

Nº de Moradores	SRT tipo II		
	Serviço	Profissional	Total
4	5.000,00	3.000,00	8.000,00
5	6.000,00	4.000,00	10.000,00
6	7.000,00	5.000,00	12.000,00
7	8.000,00	6.000,00	14.000,00
8	9.000,00	7.000,00	16.000,00
9	10.000,00	8.000,00	18.000,00
10	12.000,00	8.000,00	20.000,00

ANEXO 8 DO ANEXO V
CADASTRAMENTO PARA REPASSE DE RECURSO FINANCEIRO DE CUSTEIO MENSAL DE SRT TIPO I (Origem: PRT MS/GM 3090/2011, Anexo 4)

CADASTRAMENTO PARA REPASSE DE RECURSO FINANCEIRO DE CUSTEIO MENSAL DE SRT TIPO I

Em relação ao cadastramento, os módulos residenciais tipo I deverão estar em funcionamento para efetivarem a solicitação de cadastro junto ao Ministério da Saúde. Dessa forma, deverão enviar à Área Técnica de Saúde Mental a seguinte documentação:

- I) Relatório de Vistoria da Secretaria de Saúde do Estado/Distrito Federal;
- II) Identificação do Serviço de Saúde Mental de Referência que será responsável pelo suporte terapêutico dos moradores do SRT, com apresentação do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do serviço (Conforme a Portaria nº 748/GM/MS, de 10 de outubro de 2006);
- III) Programa de Ação Técnica do Serviço, contendo os critérios que justifiquem a inserção dos moradores nos diferentes tipos de SRT, e as ações que nortearão a rotina da casa;
- IV) Preenchimento do formulário de cadastro de Serviço Residencial Terapêutico (anexo V).

CADASTRAMENTO PARA REPASSE DE RECURSO FINANCEIRO DE CUSTEIO MENSAL DE SRT TIPO II

Os SRTs tipo II deverão seguir as diretrizes estabelecidas nesta portaria no que tange ao repasse do incentivo financeiro para implantação.

Em relação ao cadastramento, os módulos residenciais tipo II novos deverão estar em funcionamento para efetivarem a solicitação de cadastro junto ao Ministério da Saúde. Dessa forma, deverão enviar à Área Técnica de Saúde Mental a seguinte documentação:

- I) Relatório de Vistoria da Secretaria de Saúde do Estado / Distrito Federal;
- II) Identificação do Serviço de Saúde Mental de Referência que será responsável pelo suporte terapêutico dos moradores do SRT, com a apresentação do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do serviço, (Conforme Portaria nº 748/GM/MS, de 10 de outubro de 2006);
- III) Programa de Ação Técnica do Serviço, contendo os critérios que justifiquem a inserção dos moradores nos diferentes tipos de SRT, e as ações que nortearão a rotina da casa;
- IV) Preenchimento do formulário de cadastro de Serviço Residencial Terapêutico (Anexo V);
- V) Envio de relatório circunstanciado que justifique a necessidade de cuidados específicos pelos moradores.

ANEXO 9 DO ANEXO V
CADASTRO NACIONAL DOS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICO (Origem: PRT MS/GM 3090/2011, Anexo 5)

CADASTRO NACIONAL DOS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS									
MUNICÍPIO:				UF:		() TIPO I () TIPO II			
Nome do Gestor responsável pelo SRT:									
Endereço Completo do SRT:									
Telefone:									
Número de moradores:									
Nome do técnico responsável:									
Telefone:				E-mail:					
Serviço de Saúde Mental de Referência:									
CNES									
DADOS PESSOAIS DOS MORADORES									
Nº	Nome do morador	Data de nascimento	Sexo	CPF	Data de entrada no SRT	Procedência	Benefícios que possui		
1							() PVC	() BPC	() Aposentadoria
2							() PVC	() BPC	() Aposentadoria
3							() PVC	() BPC	() Aposentadoria
4							() PVC	() BPC	() Aposentadoria
5							() PVC	() BPC	() Aposentadoria
6							() PVC	() BPC	() Aposentadoria
7							() PVC	() BPC	() Aposentadoria
8							() PVC	() BPC	() Aposentadoria
9							() PVC	() BPC	() Aposentadoria
10							() PVC	() BPC	() Aposentadoria

ANEXO VI
Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (Origem: PRT MS/GM 793/2012)

Art. 1º Este Anexo institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, por meio da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 1º)

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

(Origem: PRT MS/GM 793/2012, CAPÍTULO I)

Art. 2º São diretrizes para o funcionamento da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 2º)

I - respeito aos direitos humanos, com garantia de autonomia, independência e de liberdade às pessoas com deficiência para fazerem as próprias escolhas; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 2º, I)

II - promoção da equidade; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 2º, II)

III - promoção do respeito às diferenças e aceitação de pessoas com deficiência, com enfrentamento de estigmas e preconceitos; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 2º, III)

IV - garantia de acesso e de qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 2º, IV)

V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 2º, V)

VI - diversificação das estratégias de cuidado; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 2º, VI)

VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 2º, VII)

VIII - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 2º, VIII)

IX - organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersectoriais para garantir a integralidade do cuidado; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 2º, IX)

X - promoção de estratégias de educação permanente; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 2º, X)

XI - desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com deficiência física, auditiva, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular; e (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 2º, XI)

XII - desenvolvimento de pesquisa clínica e inovação tecnológica em reabilitação, articuladas às ações do Centro Nacional em Tecnologia Assistiva (MCT). (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 2º, XII)

Art. 3º São objetivos gerais da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 3º)

I - ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua no SUS; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 3º, I)

II - promover a vinculação das pessoas com deficiência auditiva, física, intelectual, ostomia e com múltiplas deficiências e suas famílias aos pontos de atenção; e (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 3º, II)

III - garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento e classificação de risco. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 3º, III)

Art. 4º São objetivos específicos da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 4º)

I - promover cuidados em saúde especialmente dos processos de reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 4º, I)

II - desenvolver ações de prevenção e de identificação precoce de deficiências na fase pré, peri e pós-natal, infância, adolescência e vida adulta; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 4º, II)

III - ampliar a oferta de Órtese, Prótese e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM); (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 4º, III)

IV - promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com deficiência, por meio do acesso ao trabalho, à renda e à moradia solidária, em articulação com os órgãos de assistência social; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 4º, IV)

V - promover mecanismos de formação permanente para profissionais de saúde; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 4º, V)

VI - desenvolver ações intersectoriais de promoção e prevenção à saúde em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 4º, VI)

VII - produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede, por meio de cadernos, cartilhas e manuais; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 4º, VII)

VIII - regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; e (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 4º, VIII)

IX - construir indicadores capazes de monitorar e avaliar a qualidade dos serviços e a resolutividade da atenção à saúde. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 4º, IX)

Art. 5º A operacionalização da implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência se dará pela execução de quatro fases: (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 5º)

I - diagnóstico e desenho regional da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 5º, I)

II - adesão à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 5º, II)

III - contratualização dos Pontos de Atenção; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 5º, III)

IV - implantação e acompanhamento pelo Grupo Condutor Estadual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 5º, IV)

Art. 6º O diagnóstico e o desenho regional da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência serão estruturados em 4 (quatro) ações: (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 6º)

I - apresentação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 6º, I)

II - realização de diagnóstico e análise da situação de saúde e elaboração do desenho regional da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência pela Comissão Intergestores Regional (CIR) ou pelo Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF), com o apoio das Secretarias de Saúde estaduais, considerando as necessidades das pessoas com deficiência; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 6º, II)

III - pactuação do desenho regional da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e da proposta de Plano de Ação Regional na Comissão Intergestores Regional (CIR) e na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), ou no Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF), com a programação da atenção à saúde das pessoas com deficiência, incluindo as atribuições, as responsabilidades e o aporte de recursos necessários pela União, pelo Estado, pelo Distrito Federal e pelos Municípios envolvidos; e (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 6º, III)

IV - elaboração dos Planos de Ação Municipal dos Municípios integrantes da CIR. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 6º, IV)

Art. 7º A adesão à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência está estruturada da seguinte forma: (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 7º)

I - instituição de Grupo Condutor Estadual de Cuidados à Pessoa com Deficiência, coordenado pela Secretaria de Saúde estadual ou distrital, Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), com apoio institucional do Ministério da Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 7º, I)

II - homologação da região inicial de implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência na CIB ou no CGSES/DF. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 7º, II)

Parágrafo Único. No âmbito do Grupo Condutor Estadual de Cuidados à Pessoa com Deficiência, o Ministério da Saúde terá como atribuições: (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 7º, Parágrafo Único)

I - mobilizar os dirigentes do SUS em cada fase; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 7º, Parágrafo Único, a)

II - coordenar e apoiar a organização dos processos de trabalho voltados à implantação/implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 7º, Parágrafo Único, b)

III - identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase; e (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 7º, Parágrafo Único, c)

IV - monitorar e avaliar o processo de implantação e implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 7º, Parágrafo Único, d)

Art. 8º A articulação dos pontos de atenção à saúde da pessoa com deficiência compreenderá: (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 8º)

I - elaboração do desenho municipal da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 8º, I)

II - contratualização dos pontos de atenção da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência pelo ente responsável, observada as responsabilidades definidas no âmbito da Rede de cuidados à Pessoa com Deficiência; e (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 8º, II)

III - instituição do Grupo Condutor Municipal de Cuidados à Pessoa com Deficiência em cada Município que compõe o CIR e no Distrito Federal, com apoio institucional da Secretaria de Saúde estadual ou distrital. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 8º, III)

Art. 9º Compete ao Grupo Condutor Estadual: (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 9º)

I - implementação de Diretrizes Clínicas e Protocolos para atenção à pessoa com deficiência; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 9º, I)

II - acompanhamento das ações de atenção à saúde definidas para cada componente da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, previstas no art. 5º; e (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 9º, II)

Parágrafo Único. O cumprimento das metas relacionadas às ações da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência será acompanhado de acordo com o Plano de Ação Regional e dos Planos de Ação Municipais. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 9º, Parágrafo Único)

Art. 10. Para operacionalização da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, ficam estabelecidas as seguintes competências: (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 10)

I - caberá ao Município, por meio da Secretaria de Saúde municipal, quando houver: (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 10, I)

a) a implementação e a coordenação do Grupo Condutor Municipal; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 10, I, a)

b) a contratualização dos pontos de atenção à saúde sob a sua gestão, incluído o respectivo financiamento; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 10, I, b)

c) o monitoramento e a avaliação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no território municipal; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 10, I, c)

II - caberá ao Estado, por meio da Secretaria de Saúde estadual: (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 10, II)

a) a coordenação do Grupo Condutor Estadual; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 10, II, a)

b) a contratualização dos pontos de atenção à saúde sob a sua gestão, incluído o respectivo financiamento; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 10, II, b)

c) o monitoramento e a avaliação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no território estadual, de forma regionalizada; e (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 10, II, c)

d) o apoio à implementação e ao financiamento dos pontos de atenção sob gestão municipal; e (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 10, II, d)

III - caberá à União, por intermédio do Ministério da Saúde o apoio à implementação, ao financiamento, ao monitoramento e à avaliação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em todo território nacional. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 10, III)

Parágrafo Único. Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 10, Parágrafo Único)

CAPÍTULO II

DOS COMPONENTES DA REDE DE CUIDADES À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

(Origem: PRT MS/GM 793/2012, CAPÍTULO II)

Art. 11. A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência se organizará nos seguintes componentes: (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 11)

I - Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 11, I)

II - Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências; e (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 11, II)

III - Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 11, III)

Parágrafo Único. Os componentes da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência serão articulados entre si, de forma a garantir a integralidade do cuidado e o acesso regulado a cada ponto de atenção e/ou aos serviços de apoio, observadas as especificidades inerentes e indispensáveis à garantia da equidade na atenção a estes usuários, quais sejam: (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 11, Parágrafo Único)

I - acessibilidade; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 11, I)

II - comunicação; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 11, II)

III - manejo clínico; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 11, III)

IV - medidas de prevenção da perda funcional, de redução do ritmo da perda funcional e/ou da melhora ou recuperação da função; e (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 11, IV)

V - medidas da compensação da função perdida e da manutenção da função atual. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 11, V)

Seção I

Do Componente Atenção Básica na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
(Origem: PRT MS/GM 793/2012, CAPÍTULO II, Seção I)

Art. 12. O componente Atenção Básica na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência terá como pontos de atenção as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e contará com: (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 12)

I - Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), quando houver; e (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 12, I)

II - atenção odontológica. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 12, II)

Art. 13. A Atenção Básica na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência priorizará as seguintes ações estratégicas para a ampliação do acesso e da qualificação da atenção à pessoa com deficiência: (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 13)

I - promoção da identificação precoce das deficiências, por meio da qualificação do pré-natal e da atenção na primeira infância; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 13, I)

II - acompanhamento dos recém-nascidos de alto risco até os dois anos de vida, tratamento adequado das crianças diagnosticadas e o suporte às famílias conforme as necessidades; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 13, II)

III - educação em saúde, com foco na prevenção de acidentes e quedas; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 13, III)

IV - criação de linhas de cuidado e implantação de protocolos clínicos que possam orientar a atenção à saúde das pessoas com deficiência; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 13, IV)

V - publicação do Caderno de Atenção Básica para o apoio aos profissionais de saúde na qualificação da atenção à pessoa com deficiência; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 13, V)

VI - incentivo e desenvolvimento de programas articulados com recursos da própria comunidade, que promovam a inclusão e a qualidade de vida de pessoas com deficiência; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 13, VI)

VII - implantação de estratégias de acolhimento e de classificação de risco e análise de vulnerabilidade para pessoas com deficiência; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 13, VII)

VIII - acompanhamento e cuidado à saúde das pessoas com deficiência na atenção domiciliar; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 13, VIII)

IX - apoio e orientação às famílias e aos acompanhantes de pessoas com deficiência; e (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 13, IV)

X - apoio e orientação, por meio do Programa Saúde na Escola, aos educadores, às famílias e à comunidade escolar, visando à adequação do ambiente escolar às especificidades das pessoas com deficiência. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 13, X)

Seção II

Do Componente Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências
(Origem: PRT MS/GM 793/2012, CAPÍTULO II, Seção II)

Art. 14. O componente Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências contará com os seguintes pontos de atenção: (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 14)

I - estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 14, I)

II - Centros Especializados em Reabilitação (CER); e (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 14, II)

III - Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 14, III)

Parágrafo Único. Os estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação (auditiva, física, intelectual, visual, ostomia ou múltiplas deficiências) até a data de publicação deste Anexo passam a compor a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 14, Parágrafo Único)

Art. 15. Os pontos de atenção previstos no art. 14 poderão contar com serviço de Oficina Ortopédica, fixo ou itinerante. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 15)

§ 1º A Oficina Ortopédica constitui-se em serviço de dispensação, de confecção, de adaptação e de manutenção de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM), e será implantada conforme previsto no Plano de Ação Regional. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 15, § 1º)

§ 2º As oficinas itinerantes de que trata o caput deste artigo poderão ser terrestres ou fluviais, estruturadas em veículos ou barcos adaptados e equipados para confecção, adaptação e manutenção de órteses e próteses. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 15, § 2º)

§ 3º As oficinas itinerantes terrestres ou fluviais estarão necessariamente vinculadas a uma Oficina Ortopédica Fixa. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 15, § 3º)

§ 4º A Oficina Ortopédica deverá estar articulada e vinculada a estabelecimento de saúde habilitado como Serviço de Reabilitação Física ou ao CER com serviço de reabilitação física, visando ampliar o acesso e a oferta de Tecnologia Assistiva. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 15, § 4º)

Art. 16. A implantação dos pontos de atenção que compõem o componente de Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências visa promover a equidade e ampliar o acesso aos usuários do SUS, observadas as seguintes diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 16)

I - proporcionar atenção integral e contínua às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente e contínua; severa e em regime de tratamento intensivo das deficiências auditiva, física, intelectual, visual, ostomias e múltiplas deficiências; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 16, I)

II - garantir acesso à informação, orientação e acompanhamento às pessoas com deficiência, famílias e acompanhantes; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 16, II)

III - promover o vínculo entre a pessoa com deficiência e a equipe de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 16, III)

IV - adequar os serviços às necessidades das pessoas com deficiência; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 16, IV)

Art. 17. Os pontos de atenção do componente de Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências observarão as seguintes regras de funcionamento: (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 17)

I - constituir-se em serviço de referência regulado, que funcione segundo em base territorial e que forneça atenção especializada às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente e contínua; severa e em regime de tratamento intensivo; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 17, I)

II - estabelecer-se como lugar de referência de cuidado e proteção para usuários, familiares e acompanhantes nos processos de reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomias e múltiplas deficiências; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 17, II)

III - produzir, em conjunto com o usuário, seus familiares e acompanhantes, e de forma matricial na rede de atenção, um Projeto Terapêutico Singular, baseado em avaliações multidisciplinares das necessidades e capacidades das pessoas com deficiência, incluindo dispositivos e tecnologias assistivas, e com foco na produção da autonomia e o máximo de independência em diferentes aspectos da vida; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 17, III)

IV - garantir que a indicação de dispositivos assistivos devem ser criteriosamente escolhidos, bem adaptados e adequados ao ambiente físico e social, garantindo o uso seguro e eficiente; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 17, IV)

V - melhorar a funcionalidade e promover a inclusão social das pessoas com deficiência em seu ambiente social, através de medidas de prevenção da perda funcional, de redução do ritmo da perda funcional, da melhora ou recuperação da função; da compensação da função perdida; e da manutenção da função atual; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 17, V)

VI - estabelecer fluxos e práticas de cuidado à saúde contínua, coordenada e articulada entre os diferentes pontos de atenção da rede de cuidados às pessoas com deficiência em cada território; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 17, VI)

VII - realizar ações de apoio matricial na Atenção Básica, no âmbito da Região de Saúde de seus usuários, compartilhando a responsabilidade com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 17, VII)

VIII - articular-se com a Rede do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) da Região de Saúde a que pertença, para acompanhamento compartilhado de casos, quando necessário; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 17, VIII)

IX - articular-se com a Rede de Ensino da Região de Saúde a que pertença, para identificar crianças e adolescentes com deficiência e avaliar suas necessidades; dar apoio e orientação aos educadores, às famílias e à comunidade escolar, visando à adequação do ambiente escolar às especificidades das pessoas com deficiência. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 17, IX)

§ 1º Os pontos de atenção do componente de Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomias e Múltiplas Deficiências poderão se constituir como referência regional, conforme Plano de Ação Regional pactuado na Comissão Intergestores Regional (CIR), de acordo com o previsto no Anexo VI; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 17, § 1º)

§ 2º Os pontos de atenção do componente de Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências devem estar articulados, mediante regulação, aos demais pontos da rede de atenção, garantindo-se a integralidade da linha de cuidado e o apoio qualificado às necessidades de saúde das pessoas com deficiência. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 17, § 2º)

Subseção I

Dos Estabelecimentos de Saúde Habilitados em Apenas Um Serviço de Reabilitação

(Origem: PRT MS/GM 793/2012, CAPÍTULO II, Seção II, Subseção I)

Art. 18. Os estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um serviço de reabilitação são unidades ambulatoriais especializadas em apenas reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia ou múltiplas deficiências. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 18)

§ 1º Os estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um serviço de reabilitação são aqueles que já existam na data da publicação da Portaria nº 793/GM/MS, de 24 de abril de 2012, ficando vedadas novas habilitações para esse tipo de ponto de atenção. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 18, § 1º)

§ 2º Excepcionalmente, poderão ser habilitados estabelecimentos de saúde em apenas uma modalidade de reabilitação, desde que aprovado pela Comissão Intergestores Regional (CIR), motivadamente, e pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 18, § 2º)

§ 3º Os estabelecimentos de saúde já habilitados em serviço de reabilitação até a data da publicação da Portaria nº 793/GM/MS, de 24 de abril de 2012 deverão manter as especificações técnicas exigidas previstas em normativa quando da data de sua habilitação. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 18, § 3º)

§ 4º Nos casos mencionados no § 3º, devem ser cumpridas as exigências descritas neste Anexo e nas normas técnicas mencionadas no art. 12. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 18, § 4º)

§ 5º Os estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um serviço de reabilitação poderão requerer a qualificação para CER, desde que previsto no Plano de Ação Regional e desde que sejam cumpridas as exigências estabelecidas neste Anexo e nas Normas Técnicas respectivas publicadas no endereço eletrônico do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 18, § 5º)

Subseção II

Dos Centros Especializados em Reabilitação (CER)

(Origem: PRT MS/GM 793/2012, CAPÍTULO II, Seção II, Subseção II)

Art. 19. O CER é um ponto de atenção ambulatorial especializada em reabilitação que realiza diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, constituindo-se em referência para a rede de atenção à saúde no território, e poderá ser organizado das seguintes formas: (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 19)

I - CER composto por dois serviços de reabilitação habilitados - CER II; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 19, I)

II - CER composto por três serviços de reabilitação habilitados - CER III; e (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 19, II)

III - CER composto por quatro ou mais serviços de reabilitação habilitados - CER IV. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 19, III)

§ 1º O atendimento no CER será realizado de forma articulada com os outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde, através de Projeto Terapêutico Singular, cuja construção envolverá a equipe, o usuário e sua família. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 19, § 1º)

§ 2º O CER poderá constituir rede de pesquisa e inovação tecnológica em reabilitação e ser pólo de qualificação profissional no campo da reabilitação, por meio da educação permanente. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 19, § 2º)

§ 3º O CER contará com transporte sanitário, por meio de veículos adaptados, com objetivo de garantir o acesso da pessoa com deficiência aos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 19, § 3º)

§ 4º O transporte sanitário poderá ser utilizado por pessoas com deficiência que não apresentem condições de mobilidade e acessibilidade autônoma aos meios de transporte convencional ou que manifestem grandes restrições ao acesso e uso de equipamentos urbanos. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 19, § 4º)

Subseção III

Do Centro de Especialidade Odontológica (CEO)
(Origem: PRT MS/GM 793/2012, CAPÍTULO II, Seção II, Subseção III)

Art. 20. Os CEO são estabelecimentos de saúde que ofertam atendimento especializado odontológico, conforme estabelecido na Seção I do Capítulo V do Título IV da Portaria de Consolidação nº 5. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 20)

Art. 21. Os CEO deverão ampliar e qualificar o cuidado às especificidades da pessoa com deficiência que necessite de atendimento odontológico no âmbito das especialidades definidas pelos CEO. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 21)

Seção III

Do Componente da Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
(Origem: PRT MS/GM 793/2012, CAPÍTULO II, Seção III)

Art. 22. A Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência deverá: (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 22)

I - responsabilizar-se pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com deficiência; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 22, I)

II - instituir equipes de referência em reabilitação em portas hospitalares de urgência e emergência vinculadas à ação pré-deficiência; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 22, II)

III - ampliar o acesso e qualificar a atenção à saúde para pessoa com deficiência em leitos de reabilitação hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 22, III)

IV - ampliar o acesso regulado da atenção à saúde para pessoas com deficiência em hospitais de reabilitação; e (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 22, IV)

V - ampliar o acesso às urgências e emergências odontológicas, bem como ao atendimento sob sedação ou anestesia geral, adequando centros cirúrgicos e equipes para este fim. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 22, V)

Art. 23. Os critérios definidos para implantação de cada componente e seu financiamento por parte da União serão objeto de normas específicas, previamente discutidas e pactuadas no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT). (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 23)

Art. 24. O Ministério da Saúde instituirá e coordenará o Grupo de Trabalho Tripartite, por ato específico, para acompanhar, monitorar, avaliar e se necessário, revisar este Anexo em até 180 dias. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 24)

CAPÍTULO III

DA CLASSIFICAÇÃO DOS CENTROS DE REABILITAÇÃO (CER)

Art. 25. Os Centros de Reabilitação serão classificados quanto ao tipo e quantidade de serviços especializados de reabilitação das seguintes formas: (Origem: PRT MS/GM 1303/2013, Art. 1º)

I - CER Tipo: CER II; Especialidades de Serviços de Reabilitação: Auditiva e Física; (Origem: PRT MS/GM 1303/2013, Art. 1º, I)

II - CER Tipo: CER II; Especialidades de Serviços de Reabilitação: Auditiva e Intelectual; (Origem: PRT MS/GM 1303/2013, Art. 1º, II)

III - CER Tipo: CER II; Especialidades de Serviços de Reabilitação: Auditiva e Visual; (Origem: PRT MS/GM 1303/2013, Art. 1º, III)

IV - CER Tipo: CER II; Especialidades de Serviços de Reabilitação: Física e Intelectual; (Origem: PRT MS/GM 1303/2013, Art. 1º, IV)

V - CER Tipo: CER II; Especialidades de Serviços de Reabilitação: Física e Visual; (Origem: PRT MS/GM 1303/2013, Art. 1º, V)

VI - CER Tipo: CER II; Especialidades de Serviços de Reabilitação: Intelectual e Visual; (Origem: PRT MS/GM 1303/2013, Art. 1º, VI)

VII - CER Tipo: CER III; Especialidades de Serviços de Reabilitação: Auditiva, Física e Intelectual; (Origem: PRT MS/GM 1303/2013, Art. 1º, VII)

VIII - CER Tipo: CER III; Especialidades de Serviços de Reabilitação: Auditiva, Física e Visual; (Origem: PRT MS/GM 1303/2013, Art. 1º, VIII)

IX - CER Tipo: CER III; Especialidades de Serviços de Reabilitação: Auditiva, Intelectual e Visual; (Origem: PRT MS/GM 1303/2013, Art. 1º, IX)

X - CER Tipo: CER III; Especialidades de Serviços de Reabilitação: Física, Intelectual e Visual; e (Origem: PRT MS/GM 1303/2013, Art. 1º, X)

XI - CER Tipo: CER IV; Especialidades de Serviços de Reabilitação: Auditiva, Física, Intelectual e Visual. (Origem: PRT MS/GM 1303/2013, Art. 1º, XI)

CAPÍTULO IV

DA CÂMARA TÉCNICA DE ACESSORAMENTO E APOIO ÀS AÇÕES DA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO ÂMBITO DO SUS

Art. 26. Fica instituída a Câmara Técnica de assessoramento e apoio às ações da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 479/2016, Art. 1º)

Art. 27. Compete à Câmara Técnica de assessoramento e apoio às ações da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS: (Origem: PRT MS/GM 479/2016, Art. 2º)

I - Ampliar e qualificar o debate acerca das ações para a implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS; (Origem: PRT MS/GM 479/2016, Art. 2º, I)

II - Realizar estudos técnicos concernentes à qualificação das ações e serviços no âmbito da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS; (Origem: PRT MS/GM 479/2016, Art. 2º, II)

III - Propor ações e estratégias visando a ampliação e a qualificação do acesso às ações e serviços de saúde no âmbito da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no SUS. (Origem: PRT MS/GM 479/2016, Art. 2º, III)

Art. 28. A Câmara Técnica de assessoramento e apoio às ações da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS será composta por representantes, titulares e suplentes, dos seguintes órgãos e/ou instituições: (Origem: PRT MS/GM 479/2016, Art. 3º)

I - Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência/DAPES/SAS/MS; (Origem: PRT MS/GM 479/2016, Art. 3º, I)

II - Departamento de Atenção Básica/SAS/MS; (Origem: PRT MS/GM 479/2016, Art. 3º, II)

III - Conselho Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência - CONADE; (Origem: PRT MS/GM 479/2016, Art. 3º, III)

IV - Conselho Nacional de Saúde (CNS); (Origem: PRT MS/GM 479/2016, Art. 3º, IV)

V - Ordem dos Advogados do Brasil (OAB); (Origem: PRT MS/GM 479/2016, Art. 3º, V)

VI - Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa); (Origem: PRT MS/GM 479/2016, Art. 3º, VI)

VII - Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO); (Origem: PRT MS/GM 479/2016, Art. 3º, VII)

VIII - Conselho Federal de Psicologia (CFP); (Origem: PRT MS/GM 479/2016, Art. 3º, VIII)

IX - Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS); (Origem: PRT MS/GM 479/2016, Art. 3º, IX)

X - Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); e (Origem: PRT MS/GM 479/2016, Art. 3º, X)

XI - Sociedades científicas. (Origem: PRT MS/GM 479/2016, Art. 3º, XI)

§ 1º Câmara Técnica de assessoramento e apoio às ações da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS será coordenada pela Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 479/2016, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Os representantes titulares e os respectivos suplentes dos órgãos ou instituições de que tratam os incisos I ao XI do "caput" serão indicados pelos dirigentes dos respectivos órgãos e instituições à Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência. (Origem: PRT MS/GM 479/2016, Art. 3º, § 2º)

§ 3º A Coordenação da Câmara Técnica poderá convidar representantes de outros órgãos e entidades, públicas e privadas, além de pesquisadores e especialistas, quando necessário para o cumprimento das finalidades desta Câmara Técnica. (Origem: PRT MS/GM 479/2016, Art. 3º, § 3º)

Art. 29. À Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência/DAPES/SAS/MS, na qualidade de coordenadora da Câmara Técnica, compete: (Origem: PRT MS/GM 479/2016, Art. 4º)

I - convocar e coordenar as reuniões da Câmara Técnica; e (Origem: PRT MS/GM 479/2016, Art. 4º, I)

II - disponibilizar os recursos logísticos e de estrutura física necessários para a viabilização dos trabalhos da Câmara Técnica. (Origem: PRT MS/GM 479/2016, Art. 4º, II)

Art. 30. A Câmara Técnica de assessoramento e apoio às ações da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS se reunirá ordinariamente duas vezes ao ano e extraordinariamente por convocação da Coordenação. (Origem: PRT MS/GM 479/2016, Art. 5º)

Art. 31. As funções dos membros da Câmara Técnica não serão remuneradas e seu exercício será considerado serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 479/2016, Art. 6º)

CAPÍTULO V **DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE AUDITIVA**

Seção I **Dos Serviços de Atenção à Saúde Auditiva**

Art. 32. Ficam definidos, na forma do Anexo 2 do Anexo VI e do Anexo XCV da Portaria de Consolidação nº 6, os Serviços de Atenção à Saúde Auditiva e os limites físicos e financeiros dos estados, Distrito Federal e municípios. (Origem: PRT MS/GM 626/2006, Art. 1º)

§ 1º Os Serviços de Atenção à Saúde Auditiva devem garantir o atendimento integral ao paciente que compreenda avaliação para diagnóstico, acompanhamento, reavaliação da perda auditiva, terapia fonoaudiológica, seleção, adaptação e fornecimento de aparelho de amplificação sonora individual (AASI) e reposição de molde auricular e de AASI. (Origem: PRT MS/GM 626/2006, Art. 1º, § 1º)

§ 2º Os limites financeiros publicados incluem todos os procedimentos e respectivos parâmetros, previstos na Portaria SAS/MS nº 589, de 8 de outubro de 2004, para o atendimento integral aos pacientes protetizados e para aqueles que, após avaliação diagnóstica, não necessitaram de AASI. (Origem: PRT MS/GM 626/2006, Art. 1º, § 2º)

§ 3º Constam relacionados no Anexo 2 do Anexo VI os Serviços de Atenção à Saúde Auditiva a Média Complexidade, com o código de Serviço/Classificação 027/001, e na Alta Complexidade, com o código de Serviço/Classificação 027/002, habilitados, até a presente data, e os Serviços de Diagnóstico e Terapia em Otorrinolaringologia, com o código de Serviço/Classificação 027/114, que por definição das Secretarias Estaduais de Saúde e do Distrito Federal permanecerão na Rede Estadual de Atenção à Saúde Auditiva. (Origem: PRT MS/GM 626/2006, Art. 1º, § 3º)

Art. 33. A Secretaria de Atenção à Saúde adotará medidas necessárias ao cumprimento do disposto nesta Seção. (Origem: PRT MS/GM 626/2006, Art. 8º)

Seção II **Das Diretrizes Gerais para a Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva no SUS**

Subseção I **Das Disposições Gerais** (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, CAPÍTULO I)

Art. 34. Esta Seção aprova diretrizes gerais, amplia e incorpora procedimentos para a Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva no Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 1º)

Art. 35. O cuidado na Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva, em especial a indicação para tratamento cirúrgico e respectivo acompanhamento ambulatorial, deve obedecer aos critérios estabelecidos nas diretrizes gerais para a Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva no SUS, na forma do Anexo 4 do Anexo VI e disponibilizada no endereço eletrônico <http://www.portal.saude.gov.br>. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 2º)

Subseção II **Dos Critérios para Habilitação à Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva** (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, CAPÍTULO II)

Art. 36. O estabelecimento de saúde a ser habilitado deve oferecer ou promover ações e serviços de saúde em: (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 3º)

I - promoção e prevenção das afecções otológicas e déficit auditivo, as quais devem ser desenvolvidas de maneira articulada com os programas e normas definidas pelo Ministério da Saúde, e pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 3º, I)

II - diagnóstico e tratamentos clínico e cirúrgico destinados ao atendimento de pacientes com doenças otológicas e déficit auditivo, complementando a Rede de Atenção à Saúde (RAS), incluindo: (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 3º, II)

a) atendimento ambulatorial e hospitalar de otorrinolaringologia, conforme o estabelecido na RAS pelo gestor local, mediante termo de compromisso firmado entre as partes, onde deverá constar a quantidade de consultas médicas otorrinolaringológicas a serem ofertadas, de acordo com o número total mínimo de cirurgia de implante coclear, prótese auditiva ancorada no osso e cirurgias otológicas, conforme detalhado no art. 45 e a proporcionalidade definida no Anexo XCVI da Portaria de Consolidação nº 6; e (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 3º, II, a)

b) exames de diagnose e terapia em otologia e fonoaudiologia, conforme procedimentos constantes na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS disponível no endereço eletrônico www.sigtab.datasus.gov.br, os quais estarão disponíveis para a RAS, cujos quantitativos serão acordados pelo gestor local; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 3º, II, b)

c) salas de cirurgia exclusivas ou eletivas, com possibilidade de reserva programada e disponibilidade de salas para absorver as intercorrências cirúrgicas do pós-operatório; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 3º, II, c)

III - atendimento de urgência nos casos de alterações otológicas e déficit auditivo, que funcione 24 (vinte e quatro) horas por dia, mediante termo de compromisso firmado com o gestor local do SUS; e (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 3º, III)

IV - reabilitação, suporte e acompanhamento por meio de procedimentos específicos que promovam a melhoria das condições físicas e psicológicas do paciente, no preparo pré-operatório e no seguimento pós-cirúrgico, a fim de restituir sua capacidade funcional. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 3º, IV)

Art. 37. O estabelecimento de saúde interessado na habilitação à Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva deverá apresentar requerimento à Secretaria de Saúde do Estado, do Distrito Federal ou do Município, contendo os seguintes documentos: (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 4º)

I - documento de solicitação/aceitação de credenciamento por parte do estabelecimento de saúde assinado pelo diretor do hospital; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 4º, I)

II - indicação do médico especialista em otorrinolaringologia como responsável técnico, devidamente cadastrado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); e (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 4º, II)

III - relação da equipe do serviço, devidamente cadastrada no SCNES, com as respectivas titulações, conforme exigência do art. 41. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 4º, III)

§ 1º O requerimento referido no "caput" será apreciado pela Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios, que, se concordar, formalizará o processo e encaminhará à Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade (CGMAC/DAET/SAS/MS), os seguintes documentos: (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 4º, § 1º)

I - parecer conclusivo do gestor de saúde quanto ao credenciamento do interessado à Atenção Especializada às pessoas com Deficiência Auditiva; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 4º, § 1º, I)

II - formulário de vistoria, disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br/sas, preenchido e assinado pelo respectivo gestor de saúde; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 4º, § 1º, II)

III - relatório de vistoria local; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 4º, § 1º, III)

IV - resolução do Colegiado Intergestores Regional (CIR), da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), ou, quando for o caso, do Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF), contendo pactuação das ações e dos serviços necessários para a assistência à Atenção Especializada às pessoas com Deficiência Auditiva; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 4º, § 1º, IV)

V - declaração do impacto financeiro do serviço a ser habilitado, contendo a meta física e financeira, segundo os valores dos procedimentos constantes na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS; e (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 4º, § 1º, V)

VI - indicação do médico especialista em otorrinolaringologia como responsável técnico, devidamente cadastrado no SCNES. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 4º, § 1º, VI)

§ 2º Na habilitação em Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva será respeitada a seguinte ordem: (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 4º, § 2º)

I - estabelecimentos de saúde públicos; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 4º, § 2º, I)

II - estabelecimentos de saúde privados filantrópicos; e (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 4º, § 2º, II)

III - estabelecimento de saúde privados com fins lucrativos. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 4º, § 2º, III)

§ 3º A Região de Saúde que já contemplar um estabelecimento com Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva e solicitar mais uma habilitação deverá justificar essa necessidade, apresentando as seguintes informações: (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 4º, § 3º)

I - realidade locorregional; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 4º, § 3º, I)

II - demanda reprimida; e (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 4º, § 3º, II)

III - produção anual mínima estabelecida para cirurgias de implante coclear e prótese auditiva ancorada no osso e seus respectivos acompanhamentos, conforme estabelecido no art. 45. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 4º, § 3º, III)

Art. 38. O Ministério da Saúde avaliará os documentos encaminhados pela Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios, referidos no art. 37, podendo visitar o estabelecimento de saúde interessado para confirmar as informações apresentadas pelo gestor de saúde estadual ou distrital. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 5º)

Parágrafo Único. Caso concorde com as informações apresentadas pela Secretaria de Saúde do Estado ou do Distrito Federal, o Ministro de Estado da Saúde publicará ato específico no Diário Oficial da União, habilitando o estabelecimento de saúde interessado à Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 5º, Parágrafo Único)

Subseção III

Das Condições Técnicas dos Estabelecimentos de Saúde Habilitados à Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva
(Origem: PRT MS/GM 2776/2014, CAPÍTULO III)

Art. 39. A Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva será realizada pelos estabelecimentos de saúde que ofereçam apoio diagnóstico e terapêutico especializado, condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados ao atendimento ambulatorial e hospitalar, na mesma estrutura física. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 6º)

Art. 40. O estabelecimento de saúde habilitado à Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva deve contar com um responsável técnico, médico otorrinolaringologista, com título de especialista da Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial (ABORLCCF) e/ou certificado de Residência Médica na

especialidade, emitido por Programa de Residência Médica reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC). (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 7º)

§ 1º O médico referido no "caput" deste artigo somente poderá assumir a responsabilidade técnica por um único estabelecimento de saúde cadastrado no SUS, devendo residir no mesmo Município ou em cidades circunvizinhas. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 7º, § 1º)

§ 2º A responsabilidade técnica assumida pelo médico não o impede de exercer a medicina em outro estabelecimento de saúde credenciado pelo SUS. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 7º, § 2º)

§ 3º A equipe deve contar com, pelo menos, mais um médico otorrinolaringologista, especialista pela ABORLCCF ou titular de certificado de Residência Médica em Otorrinolaringologia emitido por Programa de Residência Médica reconhecido pelo MEC. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 7º, § 3º)

Art. 41. O estabelecimento de saúde habilitado à Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva deverá disponibilizar atendimento de enfermagem, ambulatorial e de intercorrências clínicas e cirúrgicas do pós-operatório. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 8º) (com redação dada pela PRT MS/GM 2157/2015)

Parágrafo Único. Para a prestação dos serviços de saúde descritos no "caput", o estabelecimento de saúde deverá contar com equipe composta, no mínimo, dos seguintes profissionais: (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 8º, Parágrafo Único) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 2157/2015)

I - médico otorrinolaringologista, com título de especialista, emitido pela respectiva sociedade de especialidade - Associação Brasileira de otorrinolaringologista e Cirurgia Cérvico-Facial (ABORLCCF) e/ou certificado de Residência Médica na especialidade, emitido por programa de residência médica reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC), além de experiência e capacidade técnica apresentada pelo gestor local para o cuidado clínico e cirúrgico em saúde auditiva de que trata esta Seção e de acordo com a especificidade e escopo do respectivo estabelecimento de saúde, seja para implante coclear ou prótese auditiva ancorada no osso; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 8º, Parágrafo Único, I)

II - fonoaudiólogo, em quantitativo suficiente para o cuidado de que trata esta Seção, com título de especialista em audiologia emitido pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa), além de experiência e capacidade técnica apresentada pelo gestor local para o cuidado em saúde auditiva de que trata esta Seção e de acordo com a especificidade e escopo do respectivo estabelecimento de saúde, seja para implante coclear ou prótese auditiva ancorada no osso; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 8º, Parágrafo Único, II)

III - psicólogo, em quantitativo suficiente para o atendimento ambulatorial pré-cirúrgico de pacientes candidatos à cirurgia de implante coclear e/ou prótese auditiva ancorada no osso e para o acompanhamento pós-cirúrgico de pacientes implantados; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 8º, Parágrafo Único, III)

IV - 1 (um) assistente social exclusivo para o atendimento ambulatorial pré-cirúrgico de pacientes candidatos à cirurgia de implante coclear e/ou prótese auditiva ancorada no osso e para o acompanhamento pós-cirúrgico de pacientes implantados; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 8º, Parágrafo Único, IV)

V - anestesiolista, com Certificado de Residência Médica reconhecido pelo Ministério da Educação em Anestesia ou Título de Especialista em Anestesiologia emitido pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia; e (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 8º, Parágrafo Único, V)

VI - na área de enfermagem, a equipe deve possuir 1 (um) enfermeiro coordenador, e, ainda, enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem em quantitativo suficiente para o atendimento de enfermagem; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 8º, Parágrafo Único, VI)

Art. 42. Os estabelecimentos de saúde habilitados à Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva devem possuir, também, equipe complementar composta de clínico geral, neuropediatra, neurologista, pediatra, radiologista, cardiologista, anestesista, cirurgião plástico e geneticista, todos residentes no mesmo Município ou em cidades circunvizinhas. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 9º)

Parágrafo Único. Além da equipe complementar descrita no "caput", os estabelecimentos de saúde habilitados à Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva deverão prestar, na mesma área física, serviços de suporte, próprios ou contratados, nas seguintes áreas: (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 9º, Parágrafo Único)

I - nutrição; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 9º, Parágrafo Único, I)

II - farmácia; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 9º, Parágrafo Único, II)

III - hemoterapia; e (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 9º, Parágrafo Único, III)

IV - radiologia. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 9º, Parágrafo Único, IV)

Art. 43. Os estabelecimentos de saúde habilitados à Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva deverão dispor de: (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 10)

I - consultório médico com equipe e instrumental de otorrinolaringologia; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 10, I)

II - consultórios médicos para as diferentes especialidades médicas; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 10, II)

III - salas para o serviço de Audiologia Clínica; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 10, III)

IV - salas para avaliação e terapia fonoaudiológica; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 10, IV)

V - salas para atendimento psicológico e para atendimento em serviço social; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 10, V)

VI - salas para serviços administrativos; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 10, VI)

VII - recepção e sala de espera para acompanhantes; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 10, VII)

VIII - área para arquivo médico e registro de pacientes; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 10, VIII)

IX - depósito de material de limpeza; e (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 10, IX)

X - área para guarda de materiais e equipamentos. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 10, X)

Art. 44. Os estabelecimentos de saúde habilitados à Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva deverão dispor de todos os materiais e equipamentos necessários, em perfeito estado de conservação e funcionamento, para assegurar a qualidade dos serviços de enfermagem, fonoaudiologia, nutricional e dietético, possibilitando o diagnóstico, o tratamento e o respectivo acompanhamento médico. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11)

§ 1º Para o atendimento otorrinolaringológico ou otológico, os estabelecimentos de saúde deverão possuir os seguintes materiais: (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 1º)

I - instrumental em otorrinolaringologia para atendimento ambulatorial; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 1º, I)

II - aspirador otológico de secreção; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 1º, II)

III - cadeira com comando elétrico ou mecânico (para exame físico); (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 1º, III)

IV - cureta para remoção de cerumem; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 1º, IV)

V - equipo de otorrinolaringologia (ORL); (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 1º, V)

VI - 20 (vinte) unidades de espêculo auricular; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 1º, VI)

VII - 10 (dez) unidades de espêculo nasal metálico; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 1º, VII)

VIII - estilete para retirada de corpo estranho; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 1º, VIII)

IX - estilete porta algodão; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 1º, IX)

X - fotóforo; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 1º, X)

XI - otoscópio; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 1º, XI)

XII - ponta de aspiração otológica; e (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 1º, XII)

XIII - seringa metálica de 100 (cem) mililitros (ml) para remoção de cerumem. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 1º, XIII)

§ 2º O serviço cirúrgico do estabelecimento de saúde deverá dispor de uma sala de cirurgia equipada com: (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 2º)

I - microscópio cirúrgico, com vídeo e possibilidade de documentação científica; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 2º, I)

II - dois sistemas de brocas cirúrgicas com motor de alta rotação; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 2º, II)

III - monitor de nervo facial para uso transoperatório; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 2º, III)

IV - instrumental específico para cirurgia otológica de grande porte; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 2º, IV)

V - computador e periféricos para monitoramento intra-operatório para telemetria de respostas neurais (NRT) e outras provas; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 2º, V)

VI - notebook; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 2º, VI)

VII - raio X intraoperatório; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 2º, VII)

VIII - interfaces e softwares para testes eletrofisiológicos intraoperatório e pós-operatório; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 2º, VIII)

IX - analisador de gases anestésicos; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 2º, IX)

X - capnógrafo; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 2º, X)

XI - desfibrilador com pás externas e internas; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 2º, XI)

XII - oxímetro de pulso; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 2º, XII)

XIII - monitor de transporte; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 2º, XIII)

XIV - monitor de pressão não invasiva; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 2º, XIV)

XV - aquecedor de sangue; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 2º, XV)

XVI - respirador a volume, com misturador tipo blender microprocessado; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 2º, XVI)

XVII - possibilidade de filtro bacteriológico, no aparelho respirador ou anestésico; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 2º, XVII)

XVIII - pelo menos 2 (duas) bombas de infusão; e (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 2º, XVIII)

XIX - 1 (um) termômetro termoeletrônico. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 2º, XIX)

§ 3º Os estabelecimentos de saúde deverão possuir os seguintes materiais de avaliação e reabilitação audiológica: (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 3º)

I - cabina acústica; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 3º, I)

II - audiômetro de dois canais; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 3º, II)

III - imitanciômetro multifrequencial; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 3º, III)

IV - sistema de campo livre; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 3º, IV)

V - sistema completo de reforço visual; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 3º, V)

VI - emissões Otoacústicas (evocadas transientes e por produto de distorção); (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 3º, VI)

VII - potenciais Evocados Auditivos de curta, média e longa latência; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 3º, VII)

VIII - equipamento de verificação eletroacústica - ganho de inserção; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 3º, VIII)

IX - interface de programação com todas as marcas de AASI (ex: HI-PRO, etc); (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 3º, IX)

X - conjuntos de modelos de AASI adequados aos diferentes graus e tipos de perda auditiva para testes de seleção (no mínimo 3 conjuntos); (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 3º, X)

XI - programas de computação periféricos para programação de AASI; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 3º, XI)

XII - conjunto de acessórios para AASI - testador de baterias, baterias, aspirador, estetoscópio, desumidificador, presilhas, alicate; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 3º, XII)

XIII - caneta otoscópio, seringa e massa para pré-moldagem; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 3º, XIII)

XIV - materiais pedagógicos; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 3º, XIV)

XV - espelho Fixo; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 3º, XV)

XVI - televisão e vídeo para o trabalho com crianças; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 3º, XVI)

XVII - conjunto básico de instrumentos musicais; e (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 3º, XVII)

XVIII - brinquedos para ludoterapia e terapia fonoaudiológica. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 3º, XVIII)

§ 4º Os estabelecimentos de saúde deverão possuir os seguintes recursos auxiliares de diagnóstico e terapia: (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 4º)

I - laboratório de análises clínicas, participante de programa de controle de qualidade, que realize exames de hematologia, bioquímica, microbiologia, gasometria, líquidos orgânicos e uroanálise, devendo o serviço estar disponível 24 (vinte e quatro) horas por dia; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 4º, I)

II - serviço de imagenologia integrante de programa de controle de qualidade, dotado de equipamento de Rx convencional de 500 mA fixo, equipamento de Rx portátil, Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 4º, II)

III - hemoterapia disponível nas 24 (vinte e quatro) horas do dia, por Agência Transfusional (AT) ou estrutura de complexidade maior, conforme legislação vigente; e (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 4º, III)

IV - Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) com leitos habilitados pelo SUS. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 4º, IV)

§ 5º Os exames de tomografia e ressonância magnética poderão ser realizados por terceiros, instalados dentro ou fora da estrutura ambulatório-hospitalar, desde que sejam cadastrados no SCNES nessa qualidade. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 5º)

Art. 45. O estabelecimento de saúde habilitado em Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva deve realizar, no mínimo: (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 12)

I - 24 (vinte e quatro) atos operatórios de implantes cocleares ao ano; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 12, I)

II - 3 (três) cirurgias de prótese auditiva ancorada no osso ao ano; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 12, II)

III - 144 (cento e quarenta e quatro) cirurgias otológicas ao ano, listadas no Anexo 3 do Anexo VI, em pacientes do SUS; e (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 12, III)

IV - 480 (quatrocentos e oitenta) consultas otorrinolaringológicas ao ano. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 12, IV)

Art. 46. Os estabelecimentos de saúde habilitados à Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva deverão possuir prontuário único para cada paciente, no qual devem ser incluídos todos os atendimentos a ele referentes, contendo, no mínimo, as seguintes informações: (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 13)

I - identificação do paciente; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 13, I)

II - histórico clínico; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 13, II)

III - avaliação inicial; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 13, III)

IV - indicação do procedimento cirúrgico, de acordo com o protocolo estabelecido; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 13, IV)

V - descrição do ato cirúrgico ou procedimento, em ficha específica, contendo: (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 13, V)

a) identificação da equipe; e (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 13, V, a)

b) descrição cirúrgica, incluindo materiais usados e seus respectivos registros nacionais, quando existirem, para controle e rastreamento de implantes; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 13, V, b)

VI - descrição da evolução; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 13, VI)

VII - sumário de alta hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 13, VII)

VIII - ficha de registro de infecção hospitalar; e (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 13, VIII)

IX - evolução ambulatorial. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 13, IX)

Art. 47. Os estabelecimentos de saúde habilitados à Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva deverão possuir rotinas e normas escritas, anualmente atualizadas e assinadas pelo Responsável Técnico pelo Serviço, devendo abordar todos os processos envolvidos na assistência e na administração, contemplando os seguintes itens: (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 14)

I - manutenção preventiva e corretiva de materiais e equipamentos; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 14, I)

II - avaliação dos pacientes; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 14, II)

III - indicação do procedimento cirúrgico; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 14, III)

IV - protocolos médico-cirúrgicos; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 14, IV)

V - protocolos de enfermagem; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 14, V)

VI - protocolos de avaliação auditiva; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 14, VI)

VII - protocolos para Suporte nutricional; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 14, VII)

VIII - controle de Infecção Hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 14, VIII)

IX - acompanhamento ambulatorial dos pacientes; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 14, IX)

X - protocolo de acompanhamento, manutenção preventiva e reabilitação fonoaudiológica; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 14, X)

XI - avaliação de satisfação do cliente; e (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 14, XI)

XII - escala dos profissionais em sobreaviso, das referências interinstitucionais e dos serviços terceirizados. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 14, XII)

Subseção IV

Do Monitoramento e Avaliação

(Origem: PRT MS/GM 2776/2014, CAPÍTULO V)

Art. 48. Os estabelecimentos de saúde habilitados a prestarem a Atenção Especializada às Pessoas com deficiência auditiva no âmbito do SUS estarão submetidos à regulação, controle e avaliação pelos respectivos gestores públicos de saúde. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 16)

Art. 49. O Ministério da Saúde, através do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC/SAS/MS), em conjunto com a CGMAC/DAET/SAS/MS, monitorará e avaliará periodicamente o atendimento contínuo dos serviços prestados para manutenção do repasse dos recursos financeiros ao ente federativo beneficiário, de acordo com as informações constantes no SIA/SUS e no SIH/SUS. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 17)

§ 1º O estabelecimento de saúde que não cumprir as metas estabelecidas no art. 45 será notificado a respeito. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 17, § 1º)

§ 2º No caso do § 1º, o gestor público de saúde interessado em manter a habilitação do serviço encaminhará, ao Ministério da Saúde, justificativa sobre o não cumprimento da produção mínima exigida, no prazo de 15 (quinze) dias, a contar do recebimento da notificação. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 17, § 2º)

§ 3º O Ministério da Saúde analisará a justificativa de que trata o § 2º e decidirá pela manutenção da habilitação ou pela desabilitação do estabelecimento hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 17, § 3º)

§ 4º A desabilitação referida no § 3º será processada pela edição de ato específico do Ministro de Estado da Saúde, com indicação do ente federativo desabilitado, nome e código SCNES do serviço desabilitado e o tipo de habilitação cancelada. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 17, § 4º)

§ 5º O ente federativo desabilitado fica obrigado a restituir ao Ministério da Saúde os valores referentes ao período no qual não tenha cumprido as metas mínimas. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 17, § 5º)

Art. 50. O monitoramento descrito no art. 49 não exonera a Secretaria de Saúde do respectivo ente federativo de avaliar, anualmente, o estabelecimento de saúde que lhe é vinculado, ou, ainda, em virtude de recomendação da CGMAC/DAET/SAS/MS, no que tange ao cumprimento das metas descritas no art. 45. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 18)

§ 1º Os relatórios gerados, incluindo avaliações anuais, qualitativas e quantitativas dos estabelecimentos produzidos, deverão ser encaminhados à CGMAC/DAET/SAS/MS para análise. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 18, § 1º)

§ 2º A Secretaria de Atenção à Saúde, por meio da CGMAC/DAET/SAS/MS, determinará o descredenciamento ou a manutenção da habilitação, amparado no cumprimento das normas estabelecidas nesta Seção, nos relatórios periódicos de avaliação e na produção anual. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 18, § 2º)

Art. 51. O monitoramento de que trata esta Seção não dispensa o ente federativo beneficiário de comprovação da aplicação dos recursos financeiros percebidos por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG). (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 23)

Subseção V
Das Disposições Finais
(Origem: PRT MS/GM 2776/2014, CAPÍTULO VII)

Art. 52. Compete ao estabelecimento de saúde da Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva avaliar e ofertar, dentro do período de garantia, as trocas e manutenções das OPME relacionadas à assistência que trata esta Seção, após autorização do respectivo gestor. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 25)

Art. 53. As Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios adotarão 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 MS/GM 2776/2014, Art. 26)

Art. 54. Eventual complementação dos recursos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde para o custeio das ações previstas nesta Seção é de responsabilidade conjunta dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, em conformidade com a pactuação estabelecida na respectiva CIB e CIR. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 27)

Art. 55. Ficam incluídas as compatibilidades entre os procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS relacionados no Anexo XCVII da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 31)

Art. 56. Os procedimentos incluídos nos termos do disposto no Anexo III-B, da Portaria GM/MS 2.776, de 18 de dezembro de 2014, deverão ser utilizados pelos estabelecimentos habilitados em Atenção Especializada às Pessoas com deficiência auditiva, de acordo com o estabelecido no art. 1090 da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 33)

Art. 57. As Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios devem estabelecer fluxos assistenciais para a Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 34)

Art. 58. Caberá à Coordenação-Geral dos Sistemas de Informação (CGSI/DRAC/SAS/MS), adotar as providências necessárias junto ao Departamento de Informática do SUS (DATASUS) para o cumprimento do disposto nesta Seção. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 36)

ANEXO 1 DO ANEXO VI
PROGRAMA MÍNIMO PARA CER (Origem: PRT MS/GM 1303/2013, Anexo 1)

TABELA 01 - PROGRAMA MÍNIMO PARA CER II

Área/Ambientes	CER II - Tipos de Reabilitação																	
	Auditiva e Física			Auditiva e Intelectual			Auditiva e Visual			Física e Intelectual			Física e Visual			Intelectual e Visual		
	Quant. (min.)	Área unit. (min.)	Área total	Quant. (min.)	Área unit. (min.)	Área total	Quant. (min.)	Área unit. (min.)	Área total	Quant. (min.)	Área unit. (min.)	Área total	Quant. (min.)	Área unit. (min.)	Área total	Quant. (min.)	Área unit. (min.)	Área total
Área Especializada de Reabilitação Auditiva																		
Consultório Diferenciado (Otorrinolaringologia)	1	12,5	12,5	1	12,5	12,5	1	12,5	12,5									
Sala de atendimento individualizado com cabine de audiometria (Sala com cabine	1	16	16	1	16	16	1	16	16									
acústica, campo livre, reforço visual e equipamentos para avaliação audiológica)																		
Sala para Exame complementar Potencial Evocado	1	10	10	1	10	10	1	10	10									
Auditivo (EOA - emissões otoacústicas) e BERA																		

Sala de atendimento individualizado (Sala para seleção e adaptação AASI - Aparelho de amplificação sonora individual)	1	10	10	1	10	10	1	10	10									
Área Especializada de Reabilitação Física																		
Consultório Diferenciado (Fisiatria, Ortopedia ou Neurologia)	1	12,5	12,5							1	12,5	12,5	1	12,5	12,5			
Sala de Preparo de paciente (consulta de enferm., triagem, biometria)	1	12,5	12,5							1	12,5	12,5	1	12,5	12,5			
Salão para cinesioterapia e mecanoterapia (Ginásio)	1	150	150							1	150	150	1	150	150			
Box de terapias (eletroterapia)	4	8	32							4	8	32	4	8	32			
Banheiro individual para deficientes (Sala de banho)	2	4,8	9,6	2	4,8	9,6	2	4,8	9,6	2	4,8	9,6	2	4,8	9,6	2	4,8	9,6
Depósito de equipamentos / materiais*	1	A depender dos tipos de equipamentos e materiais		1	A depender dos tipos de equipamentos e materiais		1	A depender dos tipos de equipamentos e materiais		1	A depender dos tipos de equipamentos e materiais		1	A depender dos tipos de equipamentos e materiais		1	A depender dos tipos de equipamentos e materiais	
Área Especializada de Reabilitação Intelectual																		
Consultório Diferenciado (Neurologista)				1	12,5	12,5				1	12,5	12,5				1	12,5	12,5
Área Especializada de Reabilitação Visual																		
Consultório Diferenciado (Oftalmológico)								1	15	15			1	15	15	1	15	15
Sala de atendimento individualizado (Laboratório de Prótese Ocular) - Opcional								1	5	5			1	5	5	1	5	5
Consultório Indiferenciado (Sala de Orientação de Mobilidade)								1	20	20			1	20	20	1	20	20
Consultório Indiferenciado (Sala de orientação para uso funcional de recursos para baixa visão)								1	12	12			1	12	12	1	12	12
Área Comum de Habilitação/ Reabilitação																		
Consultório Indiferenciado (Consultório Interdisciplinar para triagem e avaliação clínico-funcional)	8	12,5	100	8	12,5	100	8	12,5	100	8	12,5	100	8	12,5	100	8	12,5	100
Área de prescrição médica (Átiro com bancada de trabalho coletiva)	1	50	50	1	50	50	1	50	50	1	50	50	1	50	50	1	50	50
Consultório Indiferenciado (Sala de atendimento terapêutico em grupo infantil)	1	20	20	1	20	20	1	20	20	1	20	20	1	20	20	1	20	20
Consultório Indiferenciado (Sala de atendimento terapêutico em grupo adulto)	1	20	20	1	20	20	1	20	20	1	20	20	1	20	20	1	20	20
Consultório Indiferenciado (Sala de atendimento terapêutico infantil)	1	12	12	1	12	12	1	12	12	1	12	12	1	12	12	1	12	12
Consultório Indiferenciado (Sala de atendimento terapêutico adulto)	1	12	12	1	12	12	1	12	12	1	12	12	1	12	12	1	12	12
Consultório Indiferenciado (Sala de Estimulação Precoce)	1	20	20	1	20	20	1	20	20	1	20	20	1	20	20	1	20	20
Consultório Indiferenciado (Sala de Atividade de Vida Prática - AVP)	1	20	20	1	20	20	1	20	20	1	20	20	1	20	20	1	20	20
Banheiro individual para deficientes (Banheiro da sala de AVP)	1	4,8	4,8	1	4,8	4,8	1	4,8	4,8	1	4,8	4,8	1	4,8	4,8	1	4,8	4,8
Sala de reunião	1	12	12	1	12	12	1	12	12	1	12	12	1	12	12	1	12	12
Áreas de Convivência	1	70	70	1	70	70	1	70	70	1	70	70	1	70	70	1	70	70

Interna																				
Apoio Administrativo e Recepção																				
Sanitários Independentes (feminino e masculino)	4	2,55	10,2	4	2,55	10,2	4	2,55	10,2	4	2,55	10,2	4	2,55	10,2	4	2,55	10,2		
Copa Pacientes	1	2,6	2,6	1	2,6	2,6	1	2,6	2,6	1	2,6	2,6	1	2,6	2,6	1	2,6	2,6		
Fraldário Infantil	1	4	4	1	4	4	1	4	4	1	4	4	1	4	4	1	4	4		
Fraldário Adulto	1	4	4	1	4	4	1	4	4	1	4	4	1	4	4	1	4	4		
Shaft (sala de quadros)*		A depender da demanda de carga elétrica do estabelecimento			A depender da demanda de carga elétrica do estabelecimento			A depender da demanda de carga elétrica do estabelecimento			A depender da demanda de carga elétrica do estabelecimento			A depender da demanda de carga elétrica do estabelecimento			A depender da demanda de carga elétrica do estabelecimento			
Sala de espera/recepção	1	80	80	1	80	80	1	80	80	1	80	80	1	80	80	1	80	80		
Área para guarda de macas e cadeira de rodas (macas e cadeira)	1	3	3	1	3	3	1	3	3	1	3	3	1	3	3	1	3	3		
Sanitário/Vestibário para funcionários Independentes (feminino e masculino)	2	10	20	2	10	20	2	10	20	2	10	20	2	10	20	2	10	20		
Almoxarifado	1	15	15	1	15	15	1	15	15	1	15	15	1	15	15	1	15	15		
Sala de arquivo	1	10	10	1	10	10	1	10	10	1	10	10	1	10	10	1	10	10		
Sala administrativa	1	20	20	1	20	20	1	20	20	1	20	20	1	20	20	1	20	20		
Depósito de Material de Limpeza (DML)	2	2	4	2	2	4	2	2	4	2	2	4	2	2	4	2	2	4		
Copa/ refeitório	1	20	20	1	20	20	1	20	20	1	20	20	1	20	20	1	20	20		
Sala de utilidades (com guarda temporária de resíduos sólidos)	1	6	6	1	6	6	1	6	6	1	6	6	1	6	6	1	6	6		
Área externa																				
Área de convivência externa	1	40	40	1	40	40	1	40	40	1	40	40	1	40	40	1	40	40		
Área para atividades lúdicas - Área de recreação / lazer	1	25	25	1	25	25	1	25	25	1	25	25	1	25	25	1	25	25		
Pátio	1	35,00	35,00	1	35,00	35,00	1	35,00	35,00	1	35,00	35,00	1	35,00	35,00	1	35,00	35,00		
Área externa para embarque e desembarque de veículo adaptado + ambulância (área coberta)	1	21	21	1	21	21	1	21	21	1	21	21	1	21	21	1	21	21		
Sala para equipamento de geração de energia elétrica alternativa*	1	A depender dos equipamentos utilizados			1	A depender dos equipamentos utilizados			1	A depender dos equipamentos utilizados			1	A depender dos equipamentos utilizados			1	A depender dos equipamentos utilizados		
Abriço externo de resíduos sólidos*	A depender do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos			A depender do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos			A depender do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos			A depender do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos			A depender do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos			A depender do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos				
Estacionamento*	No mínimo 2 vagas para ambulâncias. Conforme código de obras local.			No mínimo 2 vagas para ambulâncias. Conforme código de obras local.			No mínimo 2 vagas para ambulâncias. Conforme código de obras local.			No mínimo 2 vagas para ambulâncias. Conforme código de obras local.			No mínimo 2 vagas para ambulâncias. Conforme código de obras local.			No mínimo 2 vagas para ambulâncias. Conforme código de obras local.				

*Não será solicitado o preenchimento da metragem quadrada no SISMOB, não eximindo o proponente da responsabilidade de observar os requisitos, normas e regulamentos pertinentes.

TABELA 02 - PROGRAMA MÍNIMO PARA CER III

Área/Ambientes	CER III - Tipos de Reabilitação											
	Auditiva, Física e Intelectual			Auditiva, Física e Visual			Auditiva, Intelectual e Visual			Física, Intelectual e Visual		
	Quant. (min.)	Área (min.)	unit. Área total	Quant. (min.)	Área (min.)	unit. Área total	Quant. (min.)	Área (min.)	unit. Área total	Quant. (min.)	Área (min.)	
Área Especializada de Reabilitação Auditiva												
Consultório Diferenciado (Otorrinolaringologia)	1	12,5	12,5	1	12,5	12,5	1	12,5	12,5			
Sala de atendimento individualizado com cabine de audiometria (Sala com cabine acústica, campo livre, reforço visual e equipamentos para avaliação audiológica)	1	16	16	1	16	16	1	16	16			
Sala para Exame complementar Potencial Evocado Auditivo (EOA - emissões otoacústicas) e BERA	1	10	10	1	10	10	1	10	10			
Sala de atendimento individualizado (Sala para seleção e adaptação AASI - Aparelho de amplificação sonora individual)	1	10	10	1	10	10	1	10	10			
Área Especializada de Reabilitação Física												
Consultório Diferenciado (Fisiatria, Ortopedia ou Neurologia)	1	12,5	12,5	1	12,5	12,5				1	12,5	
Sala de Preparo de paciente (consulta de enferm., triagem, biometria)	1	12,5	12,5	1	12,5	12,5				1	12,5	
Salão para cinesioterapia e mecanoterapia (Ginásio)	1	150	150	1	150	150				1	150	
Box de terapias (eletroterapia)	4	8	32	4	8	32				4	8	

Banheiro individual para deficientes (Sala de banho)	2	4,8	9,6	2	4,8	9,6	2	4,8	9,6	2	4,8
Depósito de equipamentos / materiais*	1	A depender dos tipos de equipamentos e materiais		1	A depender dos tipos de equipamentos e materiais		1	A depender dos tipos de equipamentos e materiais		1	A dependi- tipos (e equipame- materi...
Área Especializada de Reabilitação Intelectual											
Consultório Diferenciado (Neurologista)	1	12,5	12,5				1	12,5	12,5	1	12,5
Área Especializada de Reabilitação Visual											
Consultório Diferenciado (Oftalmológico)				1	15	15	1	15	15	1	15
Sala de atendimento individualizado (Laboratório de Prótese Ocular) - Opcional				1	5	5	1	5	5	1	5
Consultório Indiferenciado (Sala de Orientação de Mobilidade)				1	20	20	1	20	20	1	20
Consultório Indiferenciado (Sala de orientação para uso funcional de recursos para baixa visão)				1	12	12	1	12	12	1	12
Área Comum de Habilitação/ Reabilitação											
Consultório Indiferenciado (Consultório Interdisciplinar para triagem e avaliação clínico-funcional)	10	12,5	125	10	12,5	125	10	12,5	125	10	12,5
Área de prescrição médica (Átiro com bancada de trabalho coletiva)	1	50	50	1	50	50	1	50	50	1	50
Consultório Indiferenciado (Sala de atendimento terapêutico em grupo infantil)	2	20	40	2	20	40	2	20	40	2	20
Consultório Indiferenciado (Sala de atendimento terapêutico em grupo adulto)	2	20	40	2	20	40	2	20	40	2	20
Consultório Indiferenciado (Sala de atendimento terapêutico infantil)	2	12	24	2	12	24	2	12	24	2	12
Consultório Indiferenciado (Sala de atendimento terapêutico adulto)	2	12	24	2	12	24	2	12	24	2	12
Consultório Indiferenciado (Sala de Estimulação Precoce)	1	20	20	1	20	20	1	20	20	1	20
Consultório Indiferenciado (Sala de Atividade de Vida Prática - AVP)	1	20	20	1	20	20	1	20	20	1	20
Banheiro individual para deficientes (Banheiro da sala de AVP)	1	4,8	4,8	1	4,8	4,8	1	4,8	4,8	1	4,8
Sala de reunião	1	15	15	1	15	15	1	15	15	1	15
Áreas de Convivência Interna	1	70	70	1	70	70	1	70	70	1	70
Apoio Administrativo e Recepção											
Sanitários Independentes (feminino e masculino)	4	2,55	10,2	4	2,55	10,2	4	2,55	10,2	4	2,55
Copa Pacientes	1	2,6	2,6	1	2,6	2,6	1	2,6	2,6	1	2,6
Fraldário Infantil	1	4	4	1	4	4	1	4	4	1	4
Fraldário Adulto	1	4	4	1	4	4	1	4	4	1	4
Shaft (sala de quadros)*	1	A depender da demanda de carga elétrica do estabelecimento		1	A depender da demanda de carga elétrica do estabelecimento		1	A depender da demanda de carga elétrica do estabelecimento		1	A depende- demanda (e carga elétr estabeleci...
Sala de espera/recepção	1	90	90	1	90	90	1	90	90	1	90
Área para guarda de macas e cadeira de rodas (macas e cadeira)	1	3	3	1	3	3	1	3	3	1	3
Sanitário/Vestiário para funcionários Independentes (feminino e masculino)	2	15	30	2	15	30	2	15	30	2	15
Almoxarifado	1	20	20	1	20	20	1	20	20	1	20
Sala de arquivo	1	15	15	1	15	15	1	15	15	1	15
Sala administrativa	1	20	20	1	20	20	1	20	20	1	20
Depósito de Material de Limpeza (DML)	2	2	4	2	2	4	2	2	4	2	2
Copa/ refeitório	1	25	25	1	25	25	1	25	25	1	25
Sala de utilidades (com guarda temporária de resíduos sólidos)	1	6	6	1	6	6	1	6	6	1	6
Área Externa											
Área de convivência externa	1	50	50	1	50	50	1	50	50	1	50
Área para atividades lúdicas - Área de recreação / lazer	1	25	25	1	25	25	1	25	25	1	25
Pátio	1	35	35	1	35	35	1	35	35	1	35
Área externa para embarque e desembarque de veículo adaptado + ambulância (área coberta)	1	21	21	1	21	21	1	21	21	1	21
Sala para equipamento de geração de energia elétrica alternativa*	1	A depender dos equipamentos utilizados		1	A depender dos equipamentos utilizados		1	A depender dos equipamentos utilizados		1	A depende- equipamer utilizados
Abrigo externo de resíduos sólidos*	A depender do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos			A depender do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos			A depender do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos			A depender do Pla Gerenciamento de Resíduos Sólidos	
Estacionamento*	No mínimo 2 vagas para ambulâncias. Conforme código de obras local.			No mínimo 2 vagas para ambulâncias. Conforme código de obras local.			No mínimo 2 vagas para ambulâncias. Conforme código de obras local.			No mínimo 2 vaga ambulâncias. Conf código de obras lo	

*Não será solicitado o preenchimento da metragem quadrada no SISMOB, não eximindo o proponente da responsabilidade de observar os requisitos, normas e regulamentos pertinentes.

TABELA 03 - PROGRAMA MÍNIMO PARA CER IV

Área/Ambientes	CER IV - Tipos de Reabilitação		
	Auditiva, Física, Intelectual e Visual		
	Quant. (min.)	Área unit. (min.)	Área total
Área Especializada de Reabilitação Auditiva			
Consultório Diferenciado (Otorrinolaringologia)	1	12,5	12,5

Sala de atendimento individualizado com cabine de audiometria (Sala com cabine acústica, campo livre, reforço visual e equipamentos para avaliação audiológica)	1	16	16
Sala para Exame complementar Potencial Evocado Auditivo (EOA - emissões otoacústicas) e BERA	1	10	10
Sala de atendimento individualizado (Sala para seleção e adaptação AASI - Aparelho de amplificação sonora individual)	1	10	10
Área Especializada de Reabilitação Física			
Consultório Diferenciado (Fisiatria, Ortopedia ou Neurologia)	1	12,5	12,5
Sala de Preparo de paciente (consulta de enferm., triagem, biometria)	1	12,5	12,5
Salão para cinesioterapia e mecanoterapia (Ginásio)	1	150	150
Box de terapias (eletroterapia)	4	8	32
Banheiro individual para deficientes (Sala de banho)	2	4,8	9,6
Depósito de equipamentos / materiais*	1	A depender dos tipos de equipamentos e materiais	
Área Especializada de Reabilitação Intelectual			
Consultório Diferenciado (Neurologista)	1	12,5	12,5
Área Especializada de Reabilitação Visual			
Consultório Diferenciado (Oftalmológico)	1	15	15
Sala de atendimento individualizado (Laboratório de Prótese Ocular) - Opcional	1	5	5
Consultório Indiferenciado (Sala de Orientação de Mobilidade)	1	20	20
Consultório Indiferenciado (Sala de orientação para uso funcional de recursos para baixa visão)	1	12	12
Área Comum de Habilitação/ Reabilitação			
Consultório Indiferenciado (Consultório Interdisciplinar para triagem e avaliação clínico-funcional)	12	12,5	150
Área de prescrição médica (Átiro com bancada de trabalho coletiva)	1	50	50
Consultório Indiferenciado (Sala de atendimento terapêutico em grupo infantil)	2	20	40
Consultório Indiferenciado (Sala de atendimento terapêutico em grupo adulto)	2	20	40
Sala grande de atendimento terapêutico em grupo	1	40	40
Consultório Indiferenciado (Sala de atendimento terapêutico infantil)	3	12	36
Consultório Indiferenciado (Sala de atendimento terapêutico adulto)	3	12	36
Consultório Indiferenciado (Sala de Estimulação Precoce)	2	20	40
Consultório Indiferenciado (Sala de Atividade de Vida Prática - AVP)	1	20	20
Banheiro individual para deficientes (Banheiro da sala de AVP)	1	4,8	4,8
Sala de reunião	1	20	20
Áreas de Convivência Interna	1	90	90
Apoio Administrativo e Recepção			
Sanitários Independentes (feminino e masculino)	6	2,55	15,30
Copa Pacientes	1	2,6	2,6
Fraldário Infantil	1	4	4
Fraldário Adulto	1	4	4
Shaft (sala de quadros)*	1	A depender da demanda de carga elétrica do estabelecimento	
Sala de espera/recepção	1	100	100
Área para guarda de macas e cadeira de rodas (macas e cadeira)	1	3	3
Sanitário/Vestiário para funcionários Independentes (feminino e masculino)	2	20	40
Almoxarifado	1	30	30
Sala de arquivo	1	20	20
Sala administrativa	1	30	30
Depósito de Material de Limpeza (DML)	3	2	6
Copa/ refeitório	1	30	30
Sala de utilidades (com guarda temporária de resíduos sólidos)	1	6	6
Área externa			
Área de convivência externa	1	60	60
Área para atividades lúdicas - Área de recreação / lazer	1	25	25
Pátio	1	35	35
Área externa para embarque e desembarque de veículo adaptado + ambulância (área coberta)	1	21	21
Sala para equipamento de geração de energia elétrica alternativa*	1	A depender dos equipamentos utilizados	
Abriço externo de resíduos sólidos*	A depender do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos		
Estacionamento*	No mínimo 2 vagas para ambulâncias. Conforme código de obra local.		

*Não será solicitado o preenchimento da metragem quadrada no SISMOB, não eximindo o proponente da responsabilidade de observar os requisitos, normas e regulamentos pertinentes.

TABELA 04 - PROGRAMA MÍNIMO PARA OFICINA ORTOPÉDICA

Área/Ambientes	Oficina Ortopédica		
	Quant. (min.)	Área (min.)	Área to
Apoio Administrativo e Recepção			
Sanitários Independentes (feminino e masculino)	2	2,55	5,1
Sala de espera/recepção	1	12,5	12,5
Sanitário/Vestiário para funcionários Independentes (feminino e masculino)	2	10	20
Sala administrativa	1	10	10
Depósito de Material de Limpeza (DML)	1	2	2
Laboratório			
Sala de atendimento Individualizado (Sala de Provas)	1	15	15
Sessão de Tomada de Moldes	1	15	15

Sessão de Gesso	1	15	15
Sessão de Termomoldagem	1	15	15
Sessão Montagem de Prótese	1	15	15
Sessão de Montagem de Órtese	1	15	15
Sessão de adaptação e manutenção de cadeira de rodas, de solda e trabalho com metais	1	15	15
Sessão de selaria, tapeçaria, costura e acabamento	1	15	15
Sessão de sapataria	1	15	15
Sessão de Adaptações	1	15	15
Sala de Máquinas	1	18	18

As áreas dos ambientes listados não contemplam área de circulação externa e alvenaria que devem ser calculadas considerando normas de acessibilidade.

Para as áreas previstas e para aquelas não listadas nestes quadros, deverão ser acatadas as normas contidas na Resolução RDC Nº 50/2002 - ANVISA e alterações.

ANEXO 2 DO ANEXO VI

LIMITES FÍSICOS DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE AUDITIVA (Origem: PRT MS/GM 626/2006, Anexo 1)

LIMITES FÍSICOS DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE AUDITIVA

UF	Gestão	Município	UNIDADE	CNPJ	CNES
AL	MN	Arapiraca	OTOMED ALAGOAS	5648824/0001-96	2004984
	MN	Maceió	ADEFAL	8427999000161	2006928
BA	EP	Lauro de Freitas	UNIDADE METROPOLITANA DE ASSISTENCIA SOCIAL E EDUCACAO	07.272.422/0001-65	2385237
	EP	Salvador	CENTRO ESTADUAL DE PREVENCAO E REABILITACAO DE DEFICIENCIAS	13.937.131/0001-42	2385237
	MN	Feira de Santana	OTORRINOS	16.076.424/0001-70	3021823
CE	MN	Cascavel	POLICLINICA MUNICIPAL DE CASCAVEL	7589369000120	2564734
	MN	Fortaleza	NAMI NUCLEO DE ATENCAO MEDICA INTEGRADA	7373434000186	2528673
	MN	Fortaleza	NUTEP NUCLEO DE TRATAMENTO E ESTIMULACAO PRECOCE	23706419000169	2479966
	MN	Fortaleza	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO	7206048000280	2561492
	MN	Sobral	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	7598634000137	3436683
	MN	Fortaleza	ABCR CENTRAL	7271240000412	2516659
	MN	Fortaleza	HGF HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA	7954571001429	2497654
	MN	Juazeiro do Norte	CENTRO DE DIAG TASSO R JEREISSATI	02.628.917/0001-60	4011457
ES	EP	Vila Velha	POLICLINICA DE REFERENCIA UVV LTDA	05.801.124/0001-90	3474151
GO	MN	Goiânia	CRER	07.077.444/0001-74	2673932
MT	EP	Cuiabá	CENTRO DE REABILITACAO INTEGRAL DOM AQUINO CORREA CUIABA	03.507.415/0002-25	2393417
MS	MN	Campo Grande	FUNCRAF	50844794000490	21709
MG	MN	Juiz de Fora	CLINICA DR EVANDRO RIBEIRO DE OLIVEIRA	21.177.373/0001-02	3005410
	MN	Alfenas	HOSPITAL UNIVERSITARIO ALZIRA VELANO	17.878.554/0001-99	2171988
	MN	Montes Claros	AUDIOBERA	03.744.618/0001-54	3039781
	MN	Patos de Minas	APAE PATOS DE MINAS	17.835.364/0001-94	2221322
	PE	Pouso alegre	INSTITUTO SUL MINEIRO DE OTORRINOLARINGOLOGIAPOUSO ALEGRE	03.100.235/0001-43	3021912
	MN	Belo Horizonte	HOSPITAL DAS CLINICAS DA UFMG	17.217.985/003472	0027049
	MN	Teófilo Otoni	OTOMED	06.205.487/0001-25	3280349
	MN	Governador Valadares	OTOMED	05.493.130/0001-81	3144984
	PE	Diamantina	HOSPITAL DE NOSSA SENHORA DA SAUDE	20.081.238/0001-04	2761203
	PE	Formiga	OTOCENTER DE FORMIGA	1039967000140	2194287
	PE	São Sebastião do Paraíso	HOSPITAL SAGRADO CORACAO DE JESUS LTDA	3360034000185	2761084
PB	MN	João Pessoa	HOSPITAL EDSON RAMALHO	10.848.191/0001-55	2400324
PR	MN	Curitiba	ASSIFUR	78774791000102	15520
	MN	Curitiba	ASTRAU	75642892000123	16519
	EP	Ponta Grossa	CLINICA PONT DE OTORRINOLARINGOLOGIA SC LTDA	4886231000103	2686732
	MN	Maringá	INSTITUTO DE AUDICAO SC LTDA	5047646000148	2594625
	MN	Maringá	CESUMAR CENTRO UNIVERSITARIO DE MARINGA	79265617000199	2594722
	MN	Apucarana	CLINICA MANTINE	863372000141	2536064
	MN	Londrina	CISMEPAR	445188000181	2577984
	MN	Londrina	ILES	78622370000158	2578417
	EP	São José dos Pinhais	CLINICAS INTEGRADAS SAO JOSE SC LTDA	4111799000144	3028488
	EP	Cascavel	CAC CENTRO AUDITIVO CASCAVEL LTDA	1847970000190	2737140
	MN	Francisco Beltrão	CRA CENTRO DE REABILITACAO AUDITIVA	2990304000179	2679701
	MN	Curitiba	UNIVERSIDADE TUIUTI DO PARANA UTP	76590249000166	0015555
	EP	Guarapuava	INSTITUTO DE AUDIOLOGIA E VOZ SC LTDA	5147207000107	2742128
	EP	Cornélio Procópio	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte do Paraná-CISNOP	126737000155	2582163
	EP	Paranaguá	Clinica Auditiva de Paranaguá S/C Ltda	5562051000120	2780194
	EP	Paranavaí	CRECISPARANAVAI	73966913000130	2781212
	EP	Ponta Grossa	CEDRA	4825073000173	2686724
	EP	Toledo	CLINICA CHAMPAGNAT	68836451000105	2809419

PE	EP	Recife	IMIP	10.988.310/0001-29	0000434
PI	MN	Teresina	CLINICA DR FLAVIO SANTOS LTDA	23.633.829/0001-27	3036472
RJ	PE	Natividade	APAE NATIVIDADE	31.272.560/0001-29	2276321
RN	EP	Pau dos Ferros	CLINICA DR WASHINGTON FALAENTE LTDA	5536327000104	2693550
	EP	Mossoró	OTORRINOLARINGOLOGIA E FONAUDIOLOGIA LTDA	2117857000111	2693674
	MN	Natal	SUVAG	8587107000190	2409135
	EP	Caicó	UPDATE SC LTDA	2766875000124	8006210
	EP	Natal	OTOMED	5503972000112	2693666
RS	MN	Porto Alegre	HOSPITAL DAS CLINICAS	87020517000120	2237601
	MN	Porto Alegre	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO SA	92.787.118/0001-20	2237571
	MN	Canoas	HOSPITAL UNIVERSITARIO ULBRA	88.332.580/0031-80	3508528
	PE	Ijuí	CENTRO AUDITIVO PROAUDI	1498920000144	2260557
	PE	Santa Maria	HUSM HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTA MARIA	95591764001420	2244306
RO	EP	Lageado	HOSPITAL BRUNO BORN	91162511000165	2252287
	EP	Porto Velho	HOSPITAL DR MARCELO CANDIA	60742616000240	2807092
SC	EP	Porto Velho	LIMIAR	5236384000160	4001613
	MN	Joinville	NUCLEO DE REABILITACAO LABIO PALATAL	79.361.028/0001-04	2511436
SC	EP	Florianópolis	OTOVIDA	04.045.814/0001-01	2690926
	MN	Jaraguá do Sul	AADAV	79362281000182	2652056
	MN	Itajaí	INSTITUTO DE FONAUDIOLOGIA DA UNIVALI	84307974000102	3504719
SP	MN	Araraquara	CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARASP	45276128000110	2064774
	EP	Bauru	HOSPITAL DE REABILITACAO DE ANOMALIAS CRANOFACIAIS	63025530008270	2790564
	EP	Bauru	FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU	63025530002905	2790521
	EP	Botucatu	HOSPITAL DAS CLINICAS DE BOTUCATU	48.031.918/0019-53	2748223
	EP	Cafelândia	SANTA CASA DE CAFELANDIA	45923687000175	2791684
	EP	Bauru	Lar Escola Rafael Maurício	45030913000199	2790971
	EP	Campinas	HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNICAMP DE CAMPINAS	46068425000133	2079798
	MN	Campinas	CLINICA DE PSICOLOGIA PUCC	46020301000188	2022966
	EP	Divinolândia	CONDERG HOSPITAL REGIONAL DE DIVINOLANDIA	52356268000245	2082810
	MN	Franca	NGA 16 FRANCA	47970769000104	2087669
	EP	Itararé	FUNCRAF DE ITARERE	50844794000300	2076039
	MN	Jacareí	UNIDADE DE REFERENCIA DE ESPECIALIDADES	46694139000183	2084937
	MN	Jundiaí	ATEAL	51910842000111	2095750
	MN	Limeira	SANTA CASA DE LIMEIRA	51473692000126	2081458
	MN	Marília	HOSPITAL DAS CLINICAS UNIDADE CLINICO CIRURGICO	52052420000115	2025507
	EP	Presidente Prudente	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PRESIDENTE PRUDENTE	44860740000254	2755130
	MN	Ribeirão Pires	APRAESPI	57621377000185	2096722
	EP	Ribeirão Preto	HOSPITAL DAS CLINICAS FAEPA	57722118000140	2082187
	EP	S.J do Rio Preto	HOSPITAL DE BASE DE SAO JOSE DO RIO PRETO	60003761000129	2077396
	EP	Santo André	FUNCRAF SÃO BERNARDO DO CAMPO	50844794000229	2786370
	EP	São Paulo	HC DA FMUSP HOSPITAL DAS CLINICAS	56577059000100	2078015
	EP	São Paulo	HOSPITAL SAO PAULO UNIDADE I	60453032000174	2077485
	EP	São Paulo	SANTA CASA DE SAO PAULO HOSPITAL CENTRAL	62779145000190	2688689
	MN	São Paulo	FUND SAO PAULO DERDIC	60990751000124	2688530
	MN	São Paulo	AMB ESPEC PENHAMAURO PATE	46392130000380	2751933
	MN	São Paulo	HOSP MUN PIRITUBA JOSE SOARES HUNGRIA	46392148001272	2077450
	MN	São Paulo	INST CEMA DE OFTALMOLOGIA E OTORRINOLARINGOLOGIA	3456304000156	2091550
	MN	Sorocaba	APADAS SOROCABA	58983008000103	2690799
	PE	Taubaté	HOSPITAL ESCOLA DA UNIVERSIDADE DE TAUBATE	45176153000122	2749319

ANEXO 3 DO ANEXO VI

FORMULÁRIO DE VISTORIA DO GESTOR PARA HABILITAÇÃO DO ESTABELECIMENTO EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Anexo 2)

FORMULÁRIO DE VISTORIA DO GESTOR PARA HABILITAÇÃO DO ESTABELECIMENTO EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA

Nome do estabelecimento: _____

CNPJ: _____ CNES: _____

Endereço: _____

Município: _____ UF: _____

CEP: _____ Telefones: () _____

Fax: () _____

E-mail: _____

Diretor Técnico: _____

Telefones: () _____ Fax: () _____

E-mail: _____

Gestor: _____

Telefones: () _____ Fax: () _____

E-mail: _____

NORMAS ESPECÍFICAS PARA HABILITAÇÃO EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA

A) EXIGÊNCIAS GERAIS:

1. Parecer conclusivo do respectivo Gestor (Municipal e/ou Estadual) do SUS - manifestação expressa, firmada pelo Secretário da Saúde, em relação ao credenciamento:

2. A aprovação da habilitação foi pactuada em CIB: () Sim () Não

Informar CIB Nº: _____ Data: _____ de _____ de _____

3. Relatório de vistoria da VISA local com parecer conclusivo sobre a habilitação em pauta:

() Sim () Não

B) EXIGÊNCIAS ESPECÍFICAS:

1. Dispõe de estrutura física e funcional, com equipe multiprofissional devidamente qualificada e capacitada para a prestação de assistência especializada às pessoas com doenças otológicas e em especial às pessoas com deficiência auditiva a nível hospitalar.

() Sim () Não

2. Registro das informações do paciente em Serviço de Arquivo médico: () Sim () Não

Prontuário único para cada paciente contendo todos os tipos de atendimentos a ele referentes conforme item 2, do anexo II.

3. Recursos Humanos:

3.1 O Serviço conta com um responsável técnico, médico otorrinolaringologista, devidamente habilitado.

() Sim () Não

Nome: _____

Registro Profissional: _____

3.1.1. O técnico é responsável por um único serviço credenciado pelo SUS () Sim () Não

3.1.2 - O técnico responsável reside no mesmo município ou cidade circunvizinha do serviço que está solicitando o credenciamento

() Sim () Não

3.2. O Estabelecimento dimensiona a sua equipe multiprofissional de acordo com os parâmetros de equipe mínima e qualificação profissional () Sim () Não

4. Equipe básica (mínima):

a - Otorrinolaringologista: () Sim () Não

Quantos:

Nome: _____ Especialidade: _____

Nome: _____ Especialidade: _____

Nome: _____ Especialidade: _____

O Estabelecimento Possui:

- Residência Médica em Otorrinolaringologia ou título de especialista em otorrinolaringologia.

() Sim () Não

- Experiência em cirurgia otológica, com a carga horária exigida na Residência Médica.

() Sim () Não

- curso teórico prático de 60 horas e estágio prático de 80 horas em ambulatório, acompanhamento de 10 cirurgias de IC em adulto e 10 cirurgias de implante coclear em criança comprovados nos Serviços de Implante Coclear habilitados no mínimo há 10 anos

() Sim () Não

b - Fonoaudiólogo: () Sim () Não

Quantos:

- 02 Fonoaudiólogos com especialização em audiologia clínica e com curso teórico prático de 60 horas e estágio prático de 80 horas em ambulatório, acompanhamento de 10 cirurgias de IC em adulto e 10 cirurgias de implante coclear em criança comprovados nos Serviços de Implante Coclear habilitados no mínimo há 10 anos.

() Sim () Não

Nome: _____

Especialidade: _____

Nome: _____

Especialidade: _____

Nome: _____

Especialidade: _____

Nome: _____

Especialidade: _____

c - Psicólogo: () Sim () Não

Quantos:

Nome: _____

Especialidade: _____

d - Assistente Social: () Sim () Não

Quantos: _____

Nome: _____

Especialidade: _____

e - Anestesiologista: () Sim () Não

Quantos: _____

Nome: _____

Especialidade: _____

f - Enfermagem: () Sim () Não

Quantos: _____

Nome: _____

Especialidade: _____

5. Equipe Complementar:

a - Neurologista: () Sim () Não

Quantos: _____

Nome: _____

Especialidade: _____

b - Neuropediatra: () Sim () Não

Quantos: _____

Nome: _____

Especialidade: _____

c - Geneticista: () Sim () Não

Quantos: _____

Nome: _____

Especialidade: _____

d - Clínico Geral: () Sim () Não

Quantos: _____

Nome: _____

Especialidade: _____ e - Pediatra

() Sim () Não

Quantos: _____

Nome: _____

Especialidade: _____

f - cardiologista: () Sim () Não

Quantos: _____

Nome: _____

Especialidade: _____

g - cirurgião plástico

() Sim () Não

Quantos: ()

Nome: _____

Especialidade: _____

h - nutricionista

() Sim () Não

Quantos: _____

Nome: _____

Especialidade: _____

6. Infraestrutura Hospitalar:

a - Laboratório clínico

() Sim () Não

Quantos: _____

b - diagnóstico por imagem

() Sim () Não

Quantos: _____

c - farmácia

() Sim () Não

Quantos: _____

OBSERVAÇÕES : Os estabelecimentos poderão contratar serviços especializados de terceiros a seu critério e responsabilidade, desde que isso não comprometa a integralidade e interdisciplinaridade do tratamento ofertado ao paciente.

7 - Instalações físicas:

O Estabelecimento possui:

a - Consultório Médico com equipe e instrumental de otorrinolaringologia, incluindo microscópio otológico

() Sim () Não

Quantos:

b - Consultórios Médicos para as diferentes especialidades médicas (neurologia, genética e pediatria)

() Sim () Não

Quantos:

c - Serviço de Audiologia Clínica com salas equipadas com: cabine acústica, VRA, audiômetro, imitancímetro, BERA, amplificadores coletivos, vibradores táteis, ganho de inserção e emissões otoacústicas, equipamentos para testes perceptuais e conjuntos para teste de diferentes modelos de AASI, Hardware, Software e periféricos para ativação, mapeamento e balanceamento de eletrodos

() Sim () Não

d - Sala para avaliação e terapia fonoaudiológica

() Sim () Não

Quantos:

e - Sala para atendimento psicológico e serviço social

() Sim () Não

Quantos:

f - Sala para serviços administrativos

() Sim () Não

Quantos:

g - Sala de recepção e de espera para acompanhantes

() Sim () Não

Quantos:

h - Área de arquivo médico e registro de pacientes

() Sim () Não

Quantos:

i - Depósito de material de limpeza

() Sim () Não

Quantos:

j - Área para guardar materiais/ equipamentos

() Sim () Não

Quantos:

OBSERVAÇÕES :

a - deverão ser utilizados equipamentos de implante coclear e prótese auditiva ancorada no osso devidamente registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, do Ministério da Saúde - MS.

b - fica a critério do estabelecimento a escolha do equipamento mais indicado para cada caso.

8. - Materiais e equipamentos

8.1 - Dos materiais de atendimento otorrinolaringológico/ otológica:

a - instrumental em otorrinolaringologia para atendimento ambulatorial

() Sim () Não

b - aspirador otológico de secreção

() Sim () Não

c - cadeira com comando elétrico ou mecânico (para exame físico)

() Sim () Não

d - cureta para remoção de cerúmen

() Sim () Não

e - equipo de ORL

() Sim () Não

f - espéculo auricular (20 unidades)

() Sim () Não

g - espéculo nasal metálico (10 unidades)

() Sim () Não

h - estilete para retirada de corpo estranho

() Sim () Não

i - estilete porta algodão

() Sim () Não

j - fotóforo

() Sim () Não

k - otoscópio

() Sim () Não

l - ponta de aspiração otológica

() Sim () Não

m - seringa metálica de 100 ml para remoção de cerumen

() Sim () Não

8.2 - Dos materiais destinados à atividade cirúrgica

a - Microscópio cirúrgico, com vídeo e possibilidade de documentação científica

() Sim () Não

Quantos:

b - dois sistemas de brocas cirúrgicas com motor de alta rotação

() Sim () Não

Quantos:

c - Monitor nervo facial transoperatório

() Sim () Não

Quantos:

d - instrumental específico para cirurgia otológica de grande porte

() Sim () Não

Quantos:

e - computador e periféricos para monitoramento intra-operatório para telemetria de respostas neurais (NRT) e outras provas

() Sim () Não

Quantos:

f - notebook

() Sim () Não

Quantos:

g - raio X intraoperatório

() Sim () Não

Quantos:

h - interfaces e softwares para testes eletrofisiológicos intraoperatório e pós-operatório

() Sim () Não

Quantos:

i - analisador de gases anestésicos

() Sim () Não

Quantos:

j - capnógrafo

() Sim () Não

Quantos:

k - desfibrilador com pás externas e internas

() Sim () Não

Quantos:

l - oxímetro de pulso

() Sim () Não

Quantos:

m - monitor de transporte

() Sim () Não

Quantos:

n - monitor de pressão não invasiva

() Sim () Não

Quantos:

o - aquecedor de sangue

() Sim () Não

Quantos:

p - respirador a volume, com misturador tipo blender microprocessado

() Sim () Não

Quantos:

q - possibilidade de filtro bacteriológico, no aparelho respirador ou anestésico

() Sim () Não

Quantos:

r - 02 bombas de infusão, no mínimo

() Sim () Não

Quantos:

s - 01 termômetro termoeletrônico

() Sim () Não

Quantos:

t - Equipamento de telemetria para aferição pós-operatório

() Sim () Não

Quantos:

u - Sistema motor (brocas cirúrgicas)

() Sim () Não

Quantos:

v - Sistema de vídeo documentação

() Sim () Não

Quantos:

w - Condições bloco cirúrgico - favorável

() Sim () Não

Quantos:

x - Condições anestésicas - favorável

() Sim () Não

Quantos:

y - Condições UTI - favorável

() Sim () Não

8.2 - Dos materiais de avaliação e reabilitação audiológica:

a - Cabina acústica

() Sim () Não

Quantos:

b - Audiômetro de dois canais

() Sim () Não

Quantos:

c - Imitanciômetro multifrequencial

() Sim () Não

Quantos:

d - Sistema de campo livre

() Sim () Não

Quantos:

e - Sistema completo de reforço visual

() Sim () Não

Quantos:

f - Emissões Otoacústicas (evocadas transientes e por produto de distorção)

() Sim () Não

Quantos:

g - Potenciais Evocados Auditivos de curta, média e longa latência

() Sim () Não

Quantos:

h - Equipamento de verificação eletroacústica - ganho de inserção

☐ Sim ☐ Não

Quantos:

i - Interface de programação com todas as marcas de AASI (ex: HI-PRO, etc)

☐ Sim ☐ Não

Quantos:

j - Conjuntos de modelos de AASI adequados aos diferentes graus e tipos de perda auditiva para testes de seleção (no mínimo 3 conjuntos)

☐ Sim ☐ Não

Quantos:

k - Programas de computação periféricos para programação de AASI

☐ Sim ☐ Não

Quantos:

l - Conjunto de acessórios para AASI - testador de baterias, baterias, aspirador, estetoscópio, desumidificador, presilhas, alicate

☐ Sim ☐ Não

Quantos:

m - Caneta otoscópio, seringa e massa para pré-moldagem

☐ Sim ☐ Não

Quantos:

n - Materiais pedagógicos

☐ Sim ☐ Não

Quantos:

o - Espelho Fixo

☐ Sim ☐ Não

Quantos:

p - Televisão e vídeo para o trabalho com crianças

☐ Sim ☐ Não

Quantos:

q - Conjunto básico de instrumentos musicais

☐ Sim ☐ Não

Quantos:

r - Brinquedos para ludoterapia e terapia fonoaudiológica

☐ Sim ☐ Não

Quantos:

9. Recursos Auxiliares de Diagnóstico e Terapia

a - Laboratório de Análises Clínicas que realize exames na unidade, disponíveis nas 24 horas do dia de hematologia, bioquímica; microbiologia, gasometria, líquidos orgânicos e uroanálise.

☐ Sim ☐ Não

O Laboratório deverá participar de Programa de Controle de Qualidade

b - Serviço de Imagenologia: equipamento de Rx convencional de 500 mA fixo, equipamento de Rx portátil, Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética. O serviço de Imagenologia deverá participar de Programa de Controle de Qualidade.

☐ Sim ☐ Não

c - Hemoterapia disponível nas 24 horas do dia, por Agência Transfusional (AT) ou estrutura de complexidade maior, conforme legislação vigente.

☐ Sim ☐ Não

d - Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) com leitos habilitados pelo SUS, conforme legislação vigente.

☐ Sim ☐ Não

10. Registro de Pacientes

Os estabelecimentos devem possuir um prontuário para cada paciente, com as informações sobre sua doença, seus diagnósticos, resultados de exames e tratamentos prévios, todos devidamente escritos, 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 e procedimentos mínimos:

- Identificação do paciente

☐ Sim ☐ Não

- Histórico clínico e audiológico

☐ Sim ☐ Não

- Diagnóstico

☐ Sim ☐ Não

- Indicação do Implante Coclear

() Sim () Não

- Descrição do ato cirúrgico

() Sim () Não

- Condições na alta hospitalar e na retirada dos pontos

() Sim () Não

- Acompanhamento do paciente com implante coclear nas etapas, conforme anexo I

- Diretrizes Gerais para a Atenção às Pessoas com Deficiência Auditiva no âmbito hospitalar no Sistema Único de Saúde - SUS, item D:

Transoperatório: potencial evocado eletricamente no sistema auditivo (telemetrias - impedância e complância dos eletrodos, telemetria de respostas neurais)

() Sim () Não

Ativação: do dispositivo interno (eletrodo), com adaptação da unidade externa, no prazo máximo de 45 dias após o ato cirúrgico (salvo nos casos de contraindicação clínica). Na ocasião deverão ser realizadas: telemetria neural, impedância dos eletrodos, medidas psicofísicas do implante coclear (programação ou mapeamento), avaliação dos limiares em campo livre com o implante e avaliações e orientações clínicas pertinentes.

() Sim () Não

Frequência dos acompanhamentos: Crianças:

- Primeiro ano de uso: 6 (seis) acompanhamentos

- Segundo ano de uso: 4 (quatro) acompanhamentos

- Terceiro ano de uso:

Para crianças de até três anos de idade: 4 (quatro) acompanhamentos

Para crianças com mais de três anos de idade: 2 (dois) acompanhamentos

- A partir do quarto ano: anualmente (uma vez/ano).

Adultos:

- Primeiro ano de uso: 4 (quatro) acompanhamentos;

- Segundo ano de uso: 2 (dois) acompanhamentos;

- A partir do quarto ano: anualmente (uma vez/ano).

Informações Adicionais:

Anexar cópia do diploma de graduação, títulos, curso de capacitação e comprovantes de experiência dos profissionais.

INTERESSE DO GESTOR (ESTADUAL OU MUNICIPAL) NO CREDENCIAMENTO:

CONCLUSÃO:

De acordo com vistoria realizada in loco, no dia ___/___/___ a Instituição cumpre com os requisitos da Portaria SAS/MS nº XXX, de XXX de XXX de 2013.

OBSERVAÇÕES:

LOCAL / DATA: _____

CARIMBO E ASSINATURA DO GESTOR: _____

ANEXO 4 DO ANEXO VI

DIRETRIZES PARA A ATENÇÃO ESPECIALIZADA ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA NO SUS (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Anexo 5)

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Especializada e Temática

Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade

DIRETRIZES GERAIS PARA A ATENÇÃO ESPECIALIZADA ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

APRESENTAÇÃO

Este documento visa estabelecer as diretrizes para o cuidado às pessoas com deficiência auditiva na Rede de Cuidados das Pessoas com Deficiência. É um documento de caráter nacional e deve ser utilizado pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na regulação do acesso assistencial, autorização, registro e ressarcimento dos procedimentos correspondentes, e pelos Serviços de Saúde habilitados junto ao SUS.

1.METODOLOGIA

A elaboração das Diretrizes Gerais para a Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva no Sistema Único de Saúde - SUS foi uma ação do Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET) da Coordenação de Média e Alta Complexidade (CGMAC), na qual participaram representantes do Ministério da Saúde, da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia - SBFa, Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial – ABORL-CCF, Academia Brasileira de Audiologia e especialistas de Centros/Núcleo de Implante Coclear habilitados no SUS.

2. OBJETIVO

O objetivo destas diretrizes é oferecer orientações às equipes multiprofissionais sobre o cuidado da pessoa com deficiência auditiva, em especial às que necessitam da cirurgia de implante coclear e prótese auditiva ancorada no osso. Envolve ações de âmbito ambulatorial (avaliações clínicas e audiológicas, acompanhamentos e reabilitação fonoaudiológica) e hospitalar (realização de cirurgias e acompanhamentos pré e pós – operatório), além de estabelecer critérios de indicações e contra indicações clínicas da prótese de implante coclear e prótese auditiva ancorada no osso.

DIRETRIZES**3. DIRETRIZES GERAIS PARA A ATENÇÃO ESPECIALIZADA ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**

Os cuidados para a atenção especializada às pessoas com deficiência auditiva devem ser estruturados pelos seguintes componentes:

a) Modalidade Ambulatorial - consiste nas ações de âmbito ambulatorial (avaliações clínicas e audiológicas, acompanhamentos e reabilitação fonoaudiológica), destinadas a promover atenção especializada aos pacientes submetidos às cirurgias de implante coclear e/ou prótese auditiva ancorada no osso definidas nesta portaria, e realizadas em estabelecimento de saúde cadastrado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), que possua condições técnicas, instalações físicas e recursos humanos adequados.

b) Modalidade Hospitalar - consiste nas ações de âmbito hospitalar (realização de cirurgias e acompanhamentos pré e pós – operatório) destinadas a promover atenção especializada aos pacientes submetidos às cirurgias de implante coclear e/ou prótese auditiva ancorada no osso definidas nesta portaria e, realizadas em estabelecimento de saúde cadastrado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) que possua condições técnicas, instalações físicas e recursos humanos adequados.

Com relação aos tratamentos cirúrgicos, os mesmos vêm sendo indicados como uma opção de tratamento para pacientes, adultos e crianças, com deficiência sensorio-neural profunda bilateral que obtêm pouco ou nenhum benefício com AASI (Aparelho de Amplificação Sonora Individual). São considerados como um recurso efetivo, que permitem melhora significativa na maioria desses pacientes, sempre acompanhada de habilitação e/ou reabilitação auditiva. São procedimentos considerados de alta complexidade e especificidade, que demandam a existência de serviços altamente especializados, equipes multiprofissionais, instalações e equipamentos bastante diferenciados.

O tratamento cirúrgico é indicado apenas em casos específicos, cujas indicações estão descritas abaixo. Portanto, é apenas uma ação dentro de toda a linha de cuidado das pessoas com deficiência auditiva.

A. CRITÉRIOS DE INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO DO IMPLANTE COCLEAR**1. CRITÉRIOS DE INDICAÇÃO:**

O uso de implante coclear está indicado para habilitação e reabilitação auditiva de pessoas que apresentem perda auditiva neurosensorial bilateral, de grau severo a profundo.

1.1 Crianças com até 4 anos de idade incompletos, que apresentem perda auditiva neurosensorial, de grau severo e ou profundo bilateral, quando preenchidos todos os seguintes critérios:

a) experiência com uso de aparelhos de amplificação sonora individual (por um período mínimo de três meses) e idade mínima de 18 meses na perda auditiva severa. Idade mínima de 6 meses em casos de meningite e/ou surdez profunda de etiologia genética comprovada, e nestes casos, não é obrigatória a experiência com AASI;

b) falta de acesso aos sons de fala em ambas as orelhas com AASI, ou seja, limiares em campo livre com AASI piores que 50dBNA nas frequências da fala (500Hz a 4 kHz);

c) adequação psicológica e motivação da família para o uso do implante coclear, manutenção/cuidados e para o processo de reabilitação fonoaudiológica;

d) acesso à terapia fonoaudiológica com condições adequadas de reabilitação auditiva na região de origem (referência/contra referência);

e) compromisso em zelar dos componentes externos do implante coclear e realizar o processo de reabilitação fonoaudiológica.

1.2 Crianças a partir de 4 até 7 anos de idade incompletos, que apresentem perda auditiva neurosensorial, de grau severo e ou profundo bilateral, quando preenchidos todos os seguintes critérios:

a) resultado igual ou menor que 60% de reconhecimento de sentenças em conjunto aberto com uso de AASI na melhor orelha e igual ou menor do que 50% na orelha a ser implantada;

b) presença de indicadores favoráveis para o desenvolvimento de linguagem oral mensurado por protocolos padronizados;

c) adequação psicológica e motivação da família para o uso do implante coclear, manutenção/cuidados e para o processo de habilitação e reabilitação fonoaudiológica;

d) acesso e adesão à terapia fonoaudiológica com condições adequadas de habilitação e reabilitação auditiva na região de origem (referência/contra referência);

e) compromisso em zelar dos componentes externos do implante coclear e realizar o processo de reabilitação fonoaudiológica.

1.3 Crianças a partir de 7 até 12 anos de idade incompletos, que apresentem perda auditiva neurosensorial, de grau severo e ou profundo bilateral, quando preenchidos todos os seguintes critérios:

a) resultado igual ou menor que 60% de reconhecimento de sentenças em conjunto aberto com uso de AASI na melhor orelha e igual ou menor que 50% na orelha a ser implantada, com percepção de fala diferente de zero em conjunto fechado;

b) presença de código linguístico oral em desenvolvimento mensurados por protocolos padronizados. Devem apresentar comportamento linguístico predominantemente oral. Podem apresentar atraso no desenvolvimento da linguagem oral considerando a sua idade cronológica, manifestado por simplificações fonológicas, alterações sintáticas (uso de frases simples compostas por três a quatro palavras), alterações semânticas (uso de vocabulário com significado em menor número e em menor complexidade, podendo ser restrito para as situações domiciliares, escolares e outras situações do seu cotidiano) e alterações no desenvolvimento pragmático, com habilidades de narrativa e argumentação ainda incipientes;

c) adequação psicológica, motivação e expectativa adequada do paciente e da família para o uso do implante coclear;

d) acesso à terapia fonoaudiológica com condições adequadas para reabilitação auditiva na região de origem (referência/contra referência);

e) uso de AASI contínuo e efetivo desde no mínimo 2 (dois) anos de idade sugerindo a estimulação das vias auditivas centrais desde a infância; e

f) compromisso em zelar dos componentes externos do implante coclear e realizar o processo de reabilitação fonoaudiológica.

1.4 Adolescentes a partir de 12 anos de idade, que apresentem perda auditiva neurosensorial pré-lingual de grau severo e/ou profundo bilateral, quando preenchidos todos os seguintes critérios:

a) resultado igual ou menor que 60% de reconhecimento de sentenças em conjunto aberto com uso de AASI na melhor orelha e igual ou menor que 50% na orelha a ser implantada, com percepção de fala diferente de zero em conjunto fechado;

- b) presença de código linguístico oral estabelecido e adequadamente reabilitado pelo método oral;
- c) adequação psicológica, motivação e expectativa adequada do paciente e da família para o uso do implante coclear;
- d) acesso à terapia fonoaudiológica com condições adequadas de reabilitação auditiva na região de origem (referência/contra referência);
- e) Uso de AASI efetivo desde o diagnóstico da perda auditiva severa a profunda; e
- f) Compromisso em zelar dos componentes externos do implante coclear e realizar o processo de reabilitação fonoaudiológica.

1.5 Adolescentes a partir de 12 anos de idade, que apresentem perda auditiva neurosensorial pós-lingual, de grau severo e ou profundo, bilateral, quando preenchidos todos os seguintes critérios:

- a) resultado igual ou menor que 60% de reconhecimento de sentenças em conjunto aberto com uso de AASI na melhor orelha e igual ou menor do que 50% na orelha a ser implantada;
- b) adequação psicológica, motivação e expectativa adequada do paciente e da família para o uso do implante coclear;
- c) acesso e adesão à terapia fonoaudiológica com condições adequadas de reabilitação auditiva na região de origem (referência/contra referência); e
- d) compromisso em zelar dos componentes externos do implante coclear e realizar o processo de reabilitação fonoaudiológica.

1.6 Em adultos que apresentem perda auditiva neurosensorial pré-lingual de grau severo e ou profundo bilateral, quando preenchidos todos os seguintes critérios:

- a) resultado igual ou menor que 60% de reconhecimento de sentenças em conjunto aberto com uso de AASI na melhor orelha e igual ou menor que 50% na orelha a ser implantada, com percepção de fala diferente de zero em apresentação em conjunto fechado;
- b) presença de código linguístico estabelecido e adequadamente reabilitado pelo método oral;
- c) adequação psicológica e motivação adequada do paciente para o uso do implante coclear, manutenção/cuidados e para o processo de reabilitação fonoaudiológica;
- d) condições adequadas de reabilitação na cidade de origem (referência/contra- referência).
- e) uso de AASI efetivo desde o diagnóstico da perda auditiva severa a profunda; e
- f) compromisso em zelar dos componentes externos do implante coclear e realizar o processo de reabilitação fonoaudiológica.

7.1 Em adultos que apresentem perda auditiva neurosensorial pós-lingual de grau severo ou profundo bilateral, quando preenchidos todos os seguintes critérios:

- a) resultado igual ou menor que 60% de reconhecimento de sentenças em conjunto aberto com uso de AASI na melhor orelha e igual ou menor do que 50% na orelha a ser implantada;
- b) adequação psicológica e motivação do paciente para o uso do implante coclear, manutenção/cuidados e para o processo de reabilitação fonoaudiológica;
- c) condições adequadas de reabilitação na cidade de origem (referência/contra- referência); e
- d) compromisso em zelar dos componentes externos do implante coclear e realizar o processo de reabilitação fonoaudiológica.

2. CRITÉRIOS DE CONTRAINDICAÇÃO

1. Está contraindicado o Implante Coclear nos seguintes casos:

- 2. Surdez pré-lingual em adolescentes e adultos não reabilitados por método oral;
- 3. Pacientes com agenesia coclear ou do nervo coclear bilateral; e

Contraindicações clínicas.

3.0 CRITÉRIOS ESPECIAIS

- 1. Espectro da Neuropatia Auditiva
- 2. Em crianças pré-linguais

- a) uso obrigatório de AASI por um tempo mínimo de 12 meses em prova terapêutica fonoaudiológica;
- b) nestes casos o desempenho nos testes de percepção auditiva da fala é soberano ao grau da perda auditiva;
- c) idade mínima de 30 meses para as perdas moderadas e 18 meses para as perdas severas a profunda. A idade mínima não é exigência nos casos com etiologia genética do espectro da neuropatia auditiva comprovada;
- d) os demais critérios de indicação do implante coclear seguem os constantes no item 1.

- 3. Em pacientes pós-linguais

- a) nestes casos o desempenho nos testes de percepção auditiva da fala é soberano ao grau da perda auditiva;
- b) os demais critérios de indicação do implante coclear seguem os constantes no item 1.
- 4. Cegueira associada independente da idade e época da instalação da surdez, o implante coclear está indicado quando:

- a) resultado igual ou menor que 60% de reconhecimento de sentenças em conjunto aberto com uso de AASI na melhor orelha e igual ou menor do que 50% na orelha a ser implantada;
- b) adequação psicológica e motivação do paciente para o uso do implante coclear, manutenção/cuidados e para o processo de reabilitação fonoaudiológica;
- c) condições adequadas de reabilitação na cidade de origem (referência/contra- referência);
- d) compromisso em zelar dos componentes externos do implante coclear e realizar o processo de reabilitação fonoaudiológica;
- e) exceto pacientes com agenesia coclear ou do nervo coclear e contra-indicações clínicas.

4.0 CRITÉRIOS PARA INDICAÇÃO DE IMPLANTE COCLEAR BILATERAL

1.0 CRIANÇAS COM ATÉ 4 ANOS INCOMPLETOS

O Implante Coclear Bilateral em crianças com até 4 anos incompletos, que atendam os critérios constantes no item 1.1 e com pelo menos um dos critérios abaixo:

- a) perda auditiva profunda bilateral podendo a implantação dos dispositivos ser simultânea ou sequencial;
- b) a etiologia da deficiência auditiva é meningite ou outras etiologias que oferecem riscos para ossificação da cóclea podendo a implantação dos dispositivos ser simultânea ou sequencial;
- c) apresentem visão subnormal, que dependam da audição binaural podendo a implantação dos dispositivos ser simultânea ou sequencial;
- d) nos casos de perda auditiva neurosensorial severa bilateral ou em uma das orelhas, a implantação dos dispositivos deve ser obrigatoriamente sequencial.

B. CRIANÇAS COM IDADE ENTRE 4 E 7 ANOS INCOMPLETOS

Em crianças usuárias de implante coclear unilateral, entre 4 e 7 anos de idade incompletos, está indicado o implante coclear bilateral sequencial desde que o primeiro implante tenha sido realizado antes dos 4 anos de idade completos, e que atendam os critérios constantes no item 1.2 e com pelo menos um dos critérios abaixo:

- a) perda auditiva profunda bilateral;
- b) a etiologia da deficiência auditiva é meningite ou outras etiologias que oferecem riscos para ossificação da cóclea;
- c) apresentem visão subnormal, que dependam da audição binaural.

3. CRIANÇAS COM PERDA AUDITIVA PROGRESSIVA E/OU PÓS-LINGUAL

Nestes casos não há limite de idade, desde que atendam todos os critérios dos itens abaixo:

- a) resultado igual ou menor que 50% de reconhecimento de sentenças em conjunto aberto com uso de AASI em ambas as orelhas;
- b) adequação psicológica e motivação da família para o uso do implante coclear, manutenção/cuidados e para o processo de habilitação e reabilitação fonoaudiológica;
- c) acesso e adesão à terapia fonoaudiológica com condições adequadas de habilitação e reabilitação auditiva na região de origem (referência/contra-referência);
- d) compromisso em zelar dos componentes externos do implante coclear e realizar o processo de reabilitação fonoaudiológica;
- e) presença de código linguístico oral com pelo menos o uso de frases simples espontâneas;
- f) uso de AASI efetivo e contínuo, desde o diagnóstico;
- g) inserida no ensino regular com desempenho acadêmico compatível a sua faixa etária.

4. ADOLESCENTES E ADULTOS COM PERDA AUDITIVA PÓS-LINGUAL

Nestes casos o implante coclear bilateral deverá ser realizado sequencialmente, com intervalo mínimo de 1 ano de uso efetivo do implante, desde que atendam todos os critérios abaixo:

- a) sem benefício de audição bimodal (entende-se como benefício de audição bimodal a melhora do índice de reconhecimento de fala no ruído, em conjunto aberto, para os monossílabos, maior ou igual a 12%);
- b) resultado igual ou menor que 50% de reconhecimento de sentenças em conjunto aberto com uso de AASI em ambas as orelhas;
- c) adequação psicológica e motivação do paciente para o uso do implante coclear, manutenção/cuidados e para o processo de reabilitação fonoaudiológica;
- d) condições adequadas de reabilitação na cidade de origem (referência/contra-referência);
- e) compromisso em zelar dos componentes externos do implante coclear e realizar o processo de reabilitação fonoaudiológica.

5. EXCEÇÃO:

Nos casos de meningite ou patologias com risco de ossificação coclear, o implante coclear bilateral poderá ser feito simultaneamente.

5. CRITÉRIOS DE REIMPLANTE

A indicação de reimplante deverá ocorrer nos seguintes casos:

- a) falha do dispositivo interno;
- b) complicações que necessitem de explantação; e
- c) declínio do desempenho auditivo, por falha do dispositivo (unidade) interno fora da cobertura de garantia assegurada pelo fabricante.

Considera-se criança a pessoa com idade até 12 anos incompletos de acordo com o Estatuto da Criança e Adolescente (Lei 8069 de 13 de julho de 1990).

2. CRITÉRIOS DE INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO DA PRÓTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO**1. CRITÉRIOS DE INDICAÇÃO DA PRÓTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO UNILATERAL**

A prótese auditiva ancorada no osso unilateral está indicada nos casos de perda auditiva condutiva ou mista bilateral quando preenchidos todos os seguintes critérios:

- a) má formação congênita de orelha bilateral que impossibilite adaptação de AASI;
- b) com gap maior que 30 dB na média das frequências de 0,5, 1, 2 e 3kHz;
- c) limiar médio melhor que 60 dB para via óssea nas frequências de 0,5, 1, 2 e 3kHz na orelha a ser implantada; e
- d) índice de reconhecimento de fala em conjunto aberto maior que 60 % em monossílabos sem AASI.

2. CRITÉRIOS PARA INDICAÇÃO DE PRÓTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO BILATERAL

A prótese auditiva ancorada no osso bilateral está indicada nos caso de perda auditiva condutiva ou mista bilateral quando preenchidos todos os seguintes critérios:

- a) má formação congênita de orelha bilateral que impossibilite adaptação de AASI;
- b) com gap maior que 30 dB na média das frequências de 0,5, 1, 2 e 3kHz;
- c) limiar médio melhor que 60 dB para via óssea nas frequências de 0,5, 1, 2 e 3kHz em ambas orelhas;
- d) índice de reconhecimento de fala em conjunto aberto maior que 60 % em monossílabos sem AASI; e
- e) a diferença interaural entre as médias dos limiares por via óssea de 0,5, 1, 2 e 3kHz não deve exceder a 10 dB e deve ser menor que 15 dB em todas as frequências isoladas.

OBSERVAÇÕES:

- 1- Em crianças abaixo de 5 anos enquanto não é possível realizar a cirurgia para colocação da prótese auditiva ancorada no osso, está indicada a adaptação do áudio processador posicionado por meio de banda elástica.
- 2- Nos casos em que a estrutura óssea da calota craniana não possibilite a osteointegração em tempo hábil, a cirurgia deverá ser realizada em 2 (dois) tempos.

3. CRITÉRIOS DE REIMPLANTE

A indicação de reimplante deverá ocorrer nos seguintes casos:

- a) perda da osteointegração do implante de titânio;
- b) complicações que impeçam o acoplamento do audioprocessador ao pilar; e
- c) complicações que levem a necessidade de explantação.

3. AVALIAÇÃO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DO IMPLANTE COCLEAR E DA PRÓTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO

A avaliação do paciente deve considerar os critérios de indicação e contraindicação da cirurgia de implante coclear e/ou prótese auditiva ancorada no osso, devendo ser realizada por equipe multiprofissional na Atenção Especializada, além de:

- Avaliação do otorrinolaringologista;
- Avaliação audiológica completa com e sem AASI;
- Avaliação por exames de imagem;
- Avaliação do risco cirúrgico;
- Preparo da família e do paciente com relação às expectativas;
- Preparo clínico do paciente para o ato cirúrgico ao qual será submetido;
- Orientações para a reabilitação pós-operatória;
- Avaliação psicológica e social;
- Pareceres de outras especialidades quando necessário.

4. ASSISTÊNCIA PRÉ E PÓS-OPERATÓRIA NO TRATAMENTO CIRÚRGICO DO IMPLANTE COCLEAR

1.0 ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES COM IMPLANTE COCLEAR

O acompanhamento do paciente com implante coclear consiste nas seguintes etapas:

- Transoperatório: potencial evocado eletricamente no sistema auditivo (telemetrias - impedância e complância dos eletrodos, telemetria de respostas neurais).
- Ativação: no prazo máximo de 45 dias após o ato cirúrgico (salvo nos casos de contra indicação clínica) deverá ser feita a ativação do dispositivo interno (eletrodo), com adaptação da unidade externa. Na ocasião deverão ser realizadas: telemetria neural, impedância dos eletrodos, medidas psicofísicas do implante coclear (programação ou mapeamento), avaliação dos limiares em campo livre com o Implante e avaliações e orientações clínicas pertinentes.

Na ativação e em cada acompanhamento deverá ser realizado, de acordo com as necessidades de cada paciente e dispositivo utilizado, os seguintes procedimentos:

- Mapeamento e balanceamento dos eletrodos;
- Reflexo estapediano eliciado eletricamente;
- Potencial evocado eletricamente no sistema auditivo;
- Audiometria tonal;
- Limiar funcional do implante coclear - IC e com amplificação da orelha contralateral, caso haja indicação;
- Logaudiometria;
- Imitanciometria;
- Testes de percepção de fala;
- Avaliação da linguagem oral;
- Orientação familiar;
- Consulta de seguimento otorrinolaringológica;
- Consulta de seguimento da assistência social;
- Consulta de seguimento psicológico;
- Avaliação da satisfação do usuário.

Frequência do acompanhamento em crianças:

- Primeiro ano de uso:
 - 6 (seis) acompanhamentos
- Segundo ano de uso:
 - 4 (quatro) acompanhamentos
- Terceiro ano de uso:

- Para crianças de até três anos de idade: 4 (quatro) acompanhamentos
- Para crianças com mais de três anos de idade: 2 (dois) acompanhamentos
- A partir do quarto ano: anualmente (uma vez/ano).

Frequência do acompanhamento em adultos:

- Primeiro ano de uso:
 - 4 (quatro) acompanhamentos;
- Segundo ano de uso:
 - 3 (três) acompanhamentos;
- Terceiro ano de uso:
 - 2 (dois) acompanhamentos;
- A partir do quarto ano: anualmente (uma vez/ano).

Observação: Os acompanhamentos podem ser antecipados ou espaçados de acordo com a necessidade ou desempenho do paciente

B. TERAPIA FONOAUDIOLOGICA

A terapia fonoaudiológica é obrigatória para todos os pacientes e pode ser realizada no próprio Serviço ou em serviços de terapia fonoaudiológica referenciados.

Compete ao serviço oferecer assessoria técnica nos casos de referenciamento da terapia fonoaudiológica.

Compete ao serviço de terapia fonoaudiológica referenciado e ao serviço a emissão de relatórios de referência e contra referência.

Recomenda-se:

Adultos: terapias de 45 min., em séries de 6 (seis) sessões, individuais ou em grupo. Avaliação e reabilitação dos aspectos auditivos e de linguagem com registro de sua evolução.

Crianças: 2 (duas) sessões semanais de 45 minutos, individuais. Avaliação e reabilitação dos aspectos auditivos e de linguagem com registro de sua evolução.

3. MANUTENÇÃO DO IMPLANTE COCLEAR

O serviço é responsável pela reabilitação integral dos pacientes, devendo garantir, quando necessário e dentro do período de garantia a manutenção do implante coclear daqueles que se encontram em acompanhamento.

No caso do componente externo, dentro no período de 6 anos estão previstos todos os itens fundamentais para o perfeito funcionamento do componente externo, além de um episódio de dano, perda ou roubo comprovado, por boletim de ocorrência, e avaliados pelos serviços e autorizados pelo Gestor local.

A manutenção do componente externo consiste na substituição/trocas ou consertos dos itens fundamentais para o perfeito funcionamento do implante coclear, tais como: cabo de conexão, compartimento/gaveta de baterias, antena, baterias recarregáveis, controle remoto, ímã da antena, carregador de bateria recarregável, gancho, gancho com microfone, desumidificador e processador de fala.

Ressalta-se que quando identificado, pelos serviços e ratificado pelo gestor, o mau uso do equipamento por parte do paciente, a manutenção não estará inserida na garantia, devendo a negativa constar no prontuário do paciente.

Vale lembrar que não são todos os itens que terão necessidade de trocas anuais. No entanto, compete ao serviço a análise técnica com justificativa, para as devidas trocas e manutenções, e autorização do Gestor local.

Fica estabelecido que as empresas que comercializam o implante coclear no País devem ofertar, sem custo adicional, manutenções preventivas aos pacientes dos serviços especializados. A periodicidade dessas manutenções fica a critério dos serviços especializados e das empresas.

5. ASSISTÊNCIA PRÉ E PÓS-OPERATÓRIA NO TRATAMENTO CIRÚRGICO DA PROTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO

1. ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES COM PRÓTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO

O acompanhamento do paciente com prótese auditiva ancorada no osso consiste nas seguintes etapas:

- Transoperatório: cuidados cirúrgicos

- Adaptação: no prazo máximo de 180 dias após o ato cirúrgico (salvo nos casos de contra indicação clínica) deverá ser feita a adaptação da prótese vibratória.

Na adaptação e em cada acompanhamento deverá ser realizado, de acordo com as necessidades de cada paciente e dispositivo utilizado, os seguintes procedimentos:

- Audiometria em campo livre;
- Limiar funcional com a prótese auditiva ancorada no osso;
- Logaudiometria;
- Testes de percepção de fala;
- Avaliação da linguagem oral;
- Orientação familiar;
- Consulta de seguimento otorrinolaringológica;
- Consulta de seguimento da assistência social;
- Consulta de seguimento psicológico;
- Avaliação da satisfação do usuário;
- Orientações com relação à higienização, cuidados e manutenção.

Frequência do acompanhamento em crianças e adultos:

- Primeiro ano de uso:
 - 4 (quatro) acompanhamentos;

- Segundo ano de uso:
- 2 (dois) acompanhamentos;
- A partir do terceiro ano: anualmente (uma vez/ano).

Observação: Os acompanhamentos podem ser antecipados ou espaçados de acordo com a necessidade ou desempenho do paciente

B. TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA

A terapia fonoaudiológica é obrigatória para todos os pacientes e pode ser realizada no próprio serviço ou em serviços de terapia fonoaudiológica referenciados.

Compete ao serviço oferecer assessoria técnica nos casos de referenciamento da terapia fonoaudiológica,

Compete ao serviço de terapia fonoaudiológica referenciado e ao serviço a emissão de relatórios de referência e contra referência.

Recomenda-se:

Adultos: terapias de 45 min., em séries de 6 sessões, individual ou em grupo. Avaliação e reabilitação dos aspectos auditivos e de linguagem com registro de sua evolução.

Crianças: duas sessões semanais de 45 minutos, individual. Avaliação e reabilitação dos aspectos auditivos e de linguagem com registro de sua evolução.

4. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

ARISI E ET AL. Cochlear implantation in adolescents with prelinguistic deafness. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2010;142(6):804-808.

BASURA GJ, EAPEN R, BUCHMAN CA. Bilateral cochlear implantation: current concepts, indications, and results. *Laryngoscope*. 2009 Dec;119(12):2395-401. Review.

COHEN R, LABADIE R, DIETRICH M, HAYNES D – Quality of life in hearing-impaired adults: the role of cochlear implants and hearing aids. *Otolaryngology, Head neck Surgery* 2004, 131(4): 413-22.

DORMAN MF, SHARMA A, GILLEY P, MARTING K, ROLAND P. Central auditory development: evidence from CAEP measurements in children fit with CI. *J Commun Disord* 2007; 40(4): 284-29

DUNN CC, NOBLE W, TYLER RS, KORDUS M, GANTZ BJ, JI H. - Bilateral and unilateral cochlear implant users compared on speech perception in noise. *Ear Hear*. 2010 Apr;31(2):296-8.

EAPEN RJ, BUSS E, ADUNKA MC, PILLSBURY HC 3RD, BUCHMAN CA. Hearing-in-noise benefits after bilateral simultaneous cochlear implantation continue to improve 4 years after implantation. *Otol Neurotol*. 2009 Feb;30(2):153-9.

EVANS AK, KAZAHAYA K. Canal atresia: "surgery or implantable hearing devices? The expert's question is revisited". *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2007; 71: 367-7 PMID: 17196671.

FITZPATRICK E, ET AL. Cochlear implantation in adolescent and adults with prelinguistic deafness: outcomes and candidacy issues. *International Congress Series* 2004;1273:269-272

FDA. FOOD AND DRUG ADMINISTRATION (2009) What is cochlear implant. Disponível on line em: <http://www.fda.gov/MedicalDevices/ProductsandMedicalProcedures/ImplantsandProsthetics/CochlearImplants/ucm062823.htm>. Acessado em 23 de julho de 2009

FUCHSMANN C, TRINGALI S, DISANT F, BUIRET G, DUBREUIL C, FROEHLICH P, TRUY E. Hearing rehabilitation in congenital aural atresia using the bone-anchored hearing aid: audiological and satisfaction results. *Acta Otolaryngol* 2010; 2 PMID: 20735185.

GELFAND SA, SILMAN S. Apparent auditory deprivation in children: implications of monaural versus binaural amplification. *J Am Acad Audiol* 1993;4:313-8

GIBSON, E – the Cochlear Implant journey: candidacy, expectations and aural rehabilitation. *Hearing Review*, august, 2006. Disponível em URL: http://www.hearingreview.com/issues/articles/2006-08_06.asp Acessado em 23 de julho de 2010.

GIFFORD RH, DORMAN MF, SHALLOP JK, SYDLOWSKI SA.- Evidence for the expansion of adult cochlear implant candidacy. *Ear Hear*. 2010 Apr;31(2):186-9

GILLEY PM, SHARMA A, DORMAN MF. Cortical reorganization in children with cochlear implants. *Brain Res*. 2008 Nov 6;1239:56-65.

GRANSTRÖM G, BERGSTRÖM K, TJELLSTRÖM A. The bone-anchored hearing aid and bone-anchored epithesis for congenital ear malformations. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1993; 109: 46-53. PMID: 8336967.

HAMZAVI J: POK, S; STOETTNER, W.; BAUMGARTNER, W. Speech perception with a cochlear implant used in conjunction with the hearing aid in the opposite ear. *Int J Audiol* 2004; 43: 61-66.

HOLT R & SVIRSKY M. An exploratory look at pediatric CI: is earliest always best? *Ear Hear* 2008; 29: 492-511.

KUHN-INACKER H, SHEHATA-DIELER W, MULLER J, ET AL. Bilateral cochlear implants: a way to optimize auditory perception abilities in deaf children? *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2004;68:1257-66.

LITOVSKY R, PARKINSON A, ARCAROLI J, SAMMETH C. - Simultaneous bilateral cochlear implantation in adults: a multicenter clinical study. *Ear Hear* 2006;27:714-31.

NEUMAN AC, HARAVON A, SISLIAN N, ET AL. Sound-direction identification with bilateral cochlear implants. *Ear Hear* 2007;28:73-82.

PETERS BR, WYSS J, MANRIQUE M.- Worldwide trends in bilateral cochlear implantation. *Laryngoscope*. 2010 May;120 Suppl 2:S17-4

PORTARIA Nº 1.278/GM DE 20 DE OUTUBRO DE 1999. [acesso em: 9 abr 2009]. Disponível em URL: http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/saude-auditiva/Portaria_1278.pdf

RAINE DH, SUMMERFIELD Q, STRACHAN DR, MARTIN JM, TOTTEN, C. The Cost and analysis of nonuse of CI. *Otol Neurotol* 2008; 29: 221-22

RANCE G, BARKER EJ, SARANT JZ, CHING TYC. Receptive Language and Speech Production in Children with Auditory Neuropathy/Dyssynchrony Type Hearing Loss. *Ear & Hearing* 2007;28:694- 702.

ROBBINS, AM (2000). Rehabilitation after implantation. In Niparko (Ed.) *Cochlear Implants: Principles and Practices*. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.

ROBBINS, AM, SVIRSKY, M, MIYAMOTO, R. (2000). Aspects of linguistic development affected by cochlear implantation. In Waltzman & Cohen (Eds.) *Cochlear Implants*. NY: Thieme Medical.

SCHRAMM D. FITZPATRICK E., SÉGUIN C. Cochlear implantation for adolescent and adults with prelinguistic deafness. *Otol Neurotol* 2002;23(5):698-703

SHPAK T, ET AL. Perception of speech by prelingual pre-adolescent and adolescent cochlear implant users. *Int J Audiol* 2009;48(11):775-783

TAJUDEEN BA, WALTZMAN S, JETHANAMEST D, SVIRSKY M. Speech Perception in Congenitally Deaf Children Receiving Cochlear Implants in the First Year of Life. *Otol Neurotol* 31: 1254:1260.

WALTZMAN SB, ROLAND JT, COHEN NL. Delayed implantation in congenitally deaf children and adults. *Otol Neurotol* 2002;23(3):333-340

Fonte da internet:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_gerais_atencao_especializada_pessoas_deficiencia_auditiva_SUS.pdf

Data do acesso: 27/06/2017

ANEXO VII

Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso (Origem: PRT MS/GM 702/2002)

Art. 1º Ficam instituídos mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso. (Origem: PRT MS/GM 702/2002, Art. 1º)

Art. 2º As Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde que, de acordo com as respectivas condições de gestão e a divisão de responsabilidades, adotarão as providências necessárias à implantação das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso e à organização/habilitação e cadastramento dos Centros de Referência que integrarão estas redes. (Origem: PRT MS/GM 702/2002, Art. 2º)

§ 1º As Redes de que trata o caput deste artigo deverão ser integradas por: (Origem: PRT MS/GM 702/2002, Art. 2º, § 1º)

- I - Hospitais Gerais; (Origem: PRT MS/GM 702/2002, Art. 2º, § 1º, I)
- II - Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso. (Origem: PRT MS/GM 702/2002, Art. 2º, § 1º, II)

§ 2º Entende-se por Hospital Geral aquele que, embora sem as especificidades assistenciais dos Centros de Referência, seja integrante do Sistema Único de Saúde e tenha condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos para realizar o atendimento geral a pacientes idosos, no nível ambulatorial e de internação hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 702/2002, Art. 2º, § 2º)

§ 3º Entende-se por Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso aquele hospital que, devidamente cadastrado como tal, disponha de condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos específicos e adequados para a prestação de assistência à saúde de idosos de forma integral e integrada envolvendo as diversas modalidades assistenciais como a internação hospitalar, atendimento ambulatorial especializado, hospital-dia e assistência domiciliar, e tenha capacidade de se constituir em referência para a rede de assistência à saúde dos idosos. (Origem: PRT MS/GM 702/2002, Art. 2º, § 3º)

Art. 3º Na definição dos quantitativos e distribuição geográfica dos Hospitais/Centros de Referência que integrarão as Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, as Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal utilizarão os seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 702/2002, Art. 3º)

- I - população geral; (Origem: PRT MS/GM 702/2002, Art. 3º, a)
- II - população idosa; (Origem: PRT MS/GM 702/2002, Art. 3º, b)
- III - necessidades de cobertura assistencial; (Origem: PRT MS/GM 702/2002, Art. 3º, c)
- IV - mecanismos de acesso e fluxos de referência e contra-referência; (Origem: PRT MS/GM 702/2002, Art. 3º, d)
- V - nível de complexidade dos serviços; (Origem: PRT MS/GM 702/2002, Art. 3º, e)
- VI - série histórica de atendimentos realizados a idosos; (Origem: PRT MS/GM 702/2002, Art. 3º, f)
- VII - distribuição geográfica dos serviços; (Origem: PRT MS/GM 702/2002, Art. 3º, g)
- VIII - integração com a rede de atenção básica e programa de saúde da família. (Origem: PRT MS/GM 702/2002, Art. 3º, h)

§ 1º Não há limitação quantitativa estabelecida para os Hospitais Gerais, sendo que poderão participar da Rede todos aqueles hospitais cadastrados pelo SUS que reúnam as condições necessárias para a assistência geral, hospitalar e ambulatorial, aos pacientes idosos e que sejam capazes, quando necessário, de garantir a referência dos pacientes a Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso; (Origem: PRT MS/GM 702/2002, Art. 3º, § 1º)

§ 2º O quantitativo máximo de Centros de Referência em Assistência a Saúde do Idoso, por estado, encontra-se definido no Anexo 1 do Anexo VII. (Origem: PRT MS/GM 702/2002, Art. 3º, § 2º)

Art. 4º Uma vez definida a Rede Estadual de Assistência à Saúde do Idoso, as Secretarias de Saúde estabelecerão os fluxos assistenciais, os mecanismos de referência e contra-referência dos pacientes idosos e, ainda, adotarão as providências necessárias para que haja uma articulação assistencial entre a Rede constituída e a rede de atenção básica e o Programa de Saúde da Família. (Origem: PRT MS/GM 702/2002, Art. 4º)

Art. 5º A Secretaria de Atenção à Saúde definirá as Normas de Cadastramento de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso, as modalidades assistenciais a serem desenvolvidas, a operacionalização e o financiamento dos serviços, bem como adotará as providências necessárias ao fiel cumprimento do disposto neste Anexo. (Origem: PRT MS/GM 702/2002, Art. 5º)

ANEXO 1 DO ANEXO VII

QUANTITATIVO DE CENTROS DE REFERÊNCIA POR ESTADO (Origem: PRT MS/GM 702/2002, Anexo 1)

QUANTITATIVO DE CENTROS DE REFERÊNCIA POR ESTADO

Estado	Quantitativo de Centros
ACRE	01
ALAGOAS	01
AMAPÁ	01
AMAZONAS	01
BAHIA	05
CEARÁ	03
DISTRITO FEDERAL	01
ESPÍRITO SANTO	01
GOIÁS	02

MARANHÃO	02
MATO GROSSO	01
MATO GROSSO DO SUL	01
MINAS GERAIS	08
PARÁ	03
PARAÍBA	01
PARANÁ	04
PERNAMBUCO	03
PIAUI	01
RIO DE JANEIRO	07
RIO GRANDE DO NORTE	01
RIO GRANDE DO SUL	05
RONDÔNIA	01
RORAIMA	01
SANTA CATARINA	02
SÃO PAULO	15
SERGIPE	01
TOCANTINS	01
BRASIL	74

ANEXO VIII

Redes Estaduais de Assistência a Queimados (Origem: PRT MS/GM 1273/2000)

Art. 1º Ficam criados os mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência a Queimados. (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 1º)

Art. 2º As Secretarias Estaduais de Saúde e do Distrito Federal organizarão suas respectivas Redes Estaduais de Assistência a Queimados que serão integradas por: (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 2º)

I - Hospitais Gerais; e (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 2º, a)

II - Centros de Referência em Assistência a Queimados. (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 2º, b)

§ 1º Entende-se por Hospital Geral aquele que, embora não especializado na assistência a queimados, seja cadastrado pelo SUS e tenha condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados para realizar o primeiro atendimento, ambulatorial e de internação hospitalar aos pacientes com queimaduras. (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 2º, § 1º)

§ 2º Entende-se por Centros de Referência em Assistência a Queimados, aqueles hospitais/serviços, devidamente cadastrados como tal, que, dispondo de um maior nível de complexidade, condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos específicos para o atendimento a pacientes com queimaduras, sejam capazes de constituir a referência especializada na rede de assistência a queimados. (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 2º, § 2º)

Art. 3º Ficam estabelecidos como critérios a serem utilizados pelas Secretarias de Saúde estaduais e do Distrito Federal na definição do quantitativo de hospitais que integrarão suas Redes os abaixo relacionados: (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 3º)

I - população; (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 3º, a)

II - necessidades de cobertura; (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 3º, b)

III - nível de complexidade dos serviços; (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 3º, c)

IV - série histórica de atendimentos realizados a queimados; (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 3º, d)

V - distribuição geográfica dos serviços; (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 3º, e)

VI - integração com o Sistema Estadual de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgência e Emergências. (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 3º, f)

§ 1º No que se refere a Hospitais Gerais, não há limitação quantitativa, podendo participar da Rede todo e qualquer Hospital cadastrado pelo SUS que reúna condições para a realização do primeiro atendimento a queimados, desde que adequadamente organizados de forma a garantir, quando necessária, a referência dos pacientes aos Centros de Referência em Assistência a Queimados. (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 3º, § 1º)

§ 2º No que se refere a Centros de Referência em Assistência a Queimados, seu quantitativo máximo, por estado, é o estabelecido no Anexo 1 do Anexo VIII. (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 3º, § 2º)

Art. 4º Uma vez definida a Rede Estadual de Assistência a Queimados, as Secretarias estabelecerão, também, os fluxos e mecanismos de referência e contra referência dos pacientes com queimaduras. (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 4º)

Art. 5º Ficam aprovadas, na forma do Anexo 2 do Anexo VIII, as Normas para Cadastramento de Centros de Referência em Assistência a Queimados-Alta Complexidade. (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 5º)

§ 1º Estados que eventualmente não disponham de pelo menos um serviço capaz de cumprir as Normas de que trata este artigo poderão solicitar, em caráter transitório, até a plena habilitação de seus serviços, o cadastramento de 01 (um) Centro de Referência em Assistência a Queimados - Intermediário. (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 5º, § 1º)

§ 2º O Centro de Referência em Assistência a Queimados - Intermediário, de que trata o § 1º, deverá cumprir, no mínimo, as Normas para Cadastramento de Centro de Referência em Assistência a Queimados - Intermediário estabelecidas no Anexo 2 do Anexo VIII. (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 5º, § 2º)

§ 3º Somente poderá ser cadastrado como Centro de Referência a Queimados - Intermediário aquele serviço que, cumprindo as normas fixadas no § 2º, esteja instalado em hospital cadastrado no Sistema de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências e classificado como de tipo 1, II ou RI. (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 5º, § 3º)

Art. 6º Ao enviarem ao Ministério da Saúde as solicitações de cadastramento de Centros de Referência, os estados o farão num único processo contendo a totalidade dos Centros a serem cadastrados, já devidamente integrados na Rede Estadual de Referência em Assistência a Queimados, ao Sistema Estadual em Atendimento de Urgência e Emergências e definidos os fluxos, referências e contra referências dos pacientes. (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 6º)

Art. 7º Os Centros de Referência em Assistência a Queimados serão vistoriados e avaliados, no mínimo, anualmente pela autoridade sanitária competente. (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 7º)

Art. 8º É obrigatório o preenchimento, pelos Centros cadastrados, do Relatório de Avaliação e Acompanhamento de Centro de Referência em Assistência a Queimados, constante do Anexo 3 do Anexo VIII. (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 8º)

1273/2000, Art. 8º)

§ 1º Este Relatório tem por objetivo a formação de um banco de dados que permita a avaliação e acompanhamento, por Centro e em conjunto, da assistência prestada no país a pacientes com queimaduras, sendo acessível a qualquer profissional de saúde, hospital ou sociedade profissional envolvida com o assunto, preservados os aspectos éticos. (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 8º, § 1º)

§ 2º O Relatório será preenchido anualmente pelo Responsável Técnico do Centro, em conformidade com as Instruções de Preenchimento constantes do Anexo 4 do Anexo VIII , sendo que o primeiro a ser apresentado envolverá os atendimentos realizados entre a data do cadastramento do Centro e o dia 31 de dezembro de 2001 e os subsequentes, no período de janeiro a dezembro de cada ano. (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 8º, § 2º)

§ 3º O Relatório, devidamente preenchido em 02 (duas) vias, deverá ser enviado, anualmente, até 30 (trinta) dias após o término do ano a que se referir, da seguinte forma: (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 8º, § 3º)

I - 1ª Via - ao Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas da Secretaria de Atenção à Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 8º, § 3º, a)

II - 2ª Via - à Secretaria da Saúde do estado ou do Distrito Federal sob cuja gestão esteja o Centro. (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 8º, § 3º, b)

§ 4º O não envio do Relatório de que trata o este artigo implicará no descadastramento do Centro. (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 8º, § 4º)

Art. 9º As Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal adotarão as providências necessárias ao cumprimento das normas contidas neste Anexo. (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 9º)

Art. 10. A Secretaria de Atenção à Saúde adotará as medidas necessárias à implementação do disposto neste Anexo. (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 10)

ANEXO 1 DO ANEXO VIII

QUANTITATIVO MÁXIMO DE CENTROS DE REFERÊNCIA EM ASSISTÊNCIA A QUEIMADOS POR ESTADO DA FEDERAÇÃO (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Anexo 1)

Quantitativo máximo de Centros de Referência em Assistência a Queimados por estado da Federação

UF	Nº de Centros
São Paulo	14
Minas Gerais	7
Rio de Janeiro	5
Bahia	5
Rio Grande do Sul	4
Paraná	4
Pernambuco	3
Ceará	3
Pará	2
Santa Catarina	2
Goiás	2
Maranhão	2
Piauí	1
Amazonas	1
Mato Grosso	1
Mato Grosso do Sul	1
Distrito Federal	1
Sergipe	1
Tocantins	1
Paraíba	1
Espírito Santo	1
Alagoas	1
Rio Grande do Norte	1
Rondônia	1
Acre	1
Amapá	1
Roraima	1
TOTAL	68

ANEXO 2 DO ANEXO VIII

NORMAS PARA CADASTRAMENTO DE CENTROS DE REFERÊNCIA EM ASSISTÊNCIA A QUEIMADOS (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Anexo 2)

NORMAS PARA CADASTRAMENTO DE CENTROS DE REFERÊNCIA EM ASSISTÊNCIA A QUEIMADOS

As presentes Normas Gerais são válidas para cadastramento de Centros de Referência em Assistência a Queimados - Alta Complexidade e Centros de Referência em Assistência a Queimados - Intermediário.

1.1 — Processo de Cadastramento:

1.1.1 - A abertura de qualquer Centro de Referência em Assistência a Queimados deverá ser precedida de consulta ao gestor do SUS, de nível local ou estadual, sobre as normas vigentes, a necessidade de sua criação e a possibilidade de cadastramento do mesmo, sem a qual o SUS não se obriga ao cadastramento;

1.1.2 - Uma vez confirmada a necessidade de criação do Centro, a solicitação de cadastramento deverá ser formalizada junto à Secretaria Estadual de Saúde, do Distrito Federal ou Municipal, de acordo com as respectivas condições de gestão e a divisão de responsabilidades pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite, que se encarregará da avaliação inicial das condições de funcionamento do Serviço, por meio de vistoria in loco, da emissão de laudo conclusivo a respeito do cadastramento. No caso da formalização de solicitação de cadastramento ser feita em município em Gestão Plena do Sistema Municipal, o processo deverá conter, além do parecer do gestor municipal, o parecer da Secretaria Estadual de Saúde, que será responsável pela integração do novo Serviço na rede de referência estadual;

1.1.3 - Revogado pela PRT/GM 598/2006.

1.1.4 - Revogado pela PRT/GM 598/2006.

1.2 - Exigências Gerais para Cadastramento:

1.2.1 — Participação nos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgência e Emergência:

Para ser cadastrado como Centro de Referência em Assistência a Queimados — Alta Complexidade, o serviço deverá estar integrado e/ou instalado em Hospital classificado como de tipo I, II, ou III no Sistema Estadual de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgência e Emergência.

Para ser cadastrado como Centro de Referência em Assistência a Queimados - Intermediário, o serviço deverá estar instalado em Hospital classificado no Sistema Estadual de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgência e Emergência.

1.2.2 — Número de Leitos:

O Centro de Referência em Assistência a Queimados — Alta Complexidade ou Intermediário deverá situar-se em área física específica, com atendimento nos níveis de urgência/emergência, ambulatorial e internação hospitalar. Esta área deverá estar inserida ou interrelacionada com Hospital Geral ou ser integrante de Hospital especializado na assistência a queimados, devendo contar com no mínimo 08 e no máximo 20 leitos. Serão permitidos, no máximo, 06 leitos para a Unidade de Cuidados Especiais de Queimaduras — no caso de Centro de Referência em Assistência a Queimados - Alta Complexidade.

Obs.1: Serviços já existentes e em funcionamento que tenham mais do que 20 leitos, terão seu cadastramento analisado em separado. Neste caso, sua estrutura física, de pessoal, materiais e equipamentos deverá ser proporcional ao número de leitos existentes, tomando-se como parâmetro as exigências para 20 leitos. Serão cadastrados, no máximo, 06 leitos para a Unidade de Cuidados Especiais de Queimaduras;

Obs. 2: Não serão cadastrados serviços novos com menos de 08 e mais de 20 leitos.

1.2.3 - Área Física:

1.2.3.1 - Legislação:

As áreas físicas dos Centros deverão se enquadrar nos critérios e normas estabelecidos pela legislação em vigor ou outros ditames legais que as venham a substituir ou complementar, a saber:

a. Portaria GM/MS nº 1884, de 11 de novembro de 1994 — Normas para Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde;

b. Resolução nº 05, de 05 de agosto de 1993, do CONAMA — Conselho Nacional de Meio Ambiente.

1.2.3.2 - Instalações Físicas:

A área física deverá contar com as seguintes instalações:

a - sala de recepção e espera;

b - secretaria;

c - copa;

d - sanitários para paciente ambulatoriais;

e - sala para atendimento de urgência/emergência, com área mínima de 10 m², com sanitário, chuveiro, tanque de inox e lavabo para a equipe de saúde;

f - vestiário de enfermagem com sanitário e chuveiro, separados por sexo;

g - sala para conforto médico, com sanitário;

h - posto de enfermagem;

i - sala de serviço;

j - sala para guarda de material e equipamentos;

l - sala de utilidades/expurgo;

m — almoxarifado, com armário chaveado para guarda de psicotrópicos;

n - salas de cirurgia com lavabo e vestiário, com área mínima de 14 m²;

o - quartos com no máximo 02 leitos, lavabo para a equipe de saúde, sanitário e chuveiro;

p - enfermarias pediátricas com no máximo 04 leitos, com banheiro e/ou bancada em aço inox para higienização;

q - rouparia;

r - sala para recreação, com área mínima de 15 m²;

s - quarto do médico plantonista, com sanitário e chuveiro;

t - consultório médico;

1.2.3.3 - Pronto Atendimento:

As instalações físicas do pronto atendimento deverão contar com:

a - carrinho de emergência com tábua para massagem cardíaca externa;

b - monitor cardíaco/desfibrilador;

e - ambús com máscara (adulto/pediátrico);

d - laringoscópios com fibra ótica, com lâminas retas/curvas, tamanhos P/M/G;

e - cânulas de traqueostomia e de intubação endotraqueal, com ou sem cuff, com numerações diversas;

f - cânulas de guedel, tamanhos P/M/G;

g - umidificadores para oxigênio;

h - medicamentos de urgência;

i - conjunto para nebulização (traquéia/máscara);

j - aspirador elétrico à vácuo, portátil;

k - divã clínico;

- l- escada com dois degraus;
- m - cadeira de rodas;
- n - suporte para soro;
- o - caixa com instrumental para pequenas cirurgias, curativos e enxertia/debridamento;
- p - bandejas para passagem de catéter venoso central e cateterismo vesical;

1.2.4 - Rotinas de Funcionamento e Atendimento

Os Centros deverão possuir Rotinas de Funcionamento e Atendimento escritas, atualizadas a cada quatro anos e assinadas pelo responsável técnico pelo serviço, contemplando, no mínimo, os seguintes itens:

- a - procedimentos médico-cirúrgicos;
- b - procedimentos de enfermagem;
- e - rotinas de suporte nutricional;
- d - condutas terapêuticas;
- e - rotina de controle de infecção;
- f - ficha própria para descrição de ato cirúrgico;
- g - manutenção preventiva de equipamentos.

1.2.5 - Registro de Pacientes:

O Centro deve possuir um prontuário para cada paciente com as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento. Os prontuários deverão estar devidamente ordenados no Serviço de Arquivo Médico.

Informações Mínimas do Prontuário:

- Identificação do paciente;
- Histórico clínico;
- Agente etiológico da queimadura;
- Extensão total (percentual) da queimadura;
- Percentual da área corporal com queimaduras de 2° e 3° graus;
- Número de debridamentos (quando for o caso);
- Número de enxertias (quando for o caso);
- Número de curativos;
- Descrição do ato cirúrgico (quando for o caso);
- Condições na alta hospitalar.

1.2.6 - Relatório de Avaliação e Acompanhamento:

É obrigatório o preenchimento, pelos Centros cadastrados, e seu envio anual à Coordenação de Sistemas de Alta Complexidade do Ministério da Saúde e à Secretaria de Saúde sob cuja gestão esteja, do Relatório de Avaliação e Acompanhamento de Centro de Referência em Assistência a Queimados, constante do Anexo IV desta Portaria.

1.2.7 - Manutenção do Cadastramento

A manutenção do cadastramento estará vinculada a:

- a - Cumprimento pelo Centro das normas estabelecidas nesta Portaria;
- b - Preenchimento e envio, era tempo hábil, dos Relatórios anuais estabelecidos no artigo 8° da presente Portaria;
- c - Avaliação dos Relatórios anuais;
- d - Avaliação do Centro realizada por meio de vistoria anual da autoridade sanitária competente;
- e - Avaliação de funcionamento dos serviços por meio da realização de auditorias periódicas pela Secretaria de Saúde sob cuja gestão esteja o Centro.

2 - NORMAS ESPECÍFICAS PARA CENTRO DE REFERÊNCIA EM ASSISTÊNCIA A QUEIMADOS - ALTA COMPLEXIDADE

São exigências de funcionamento para um Centro de Referência em Assistência a Queimados - Alta Complexidade, com no mínimo 08 e no máximo 20 leitos:

2.1 - Recursos Humanos:

O quadro de recursos humanos deve ser composto por:

a - 01 Responsável Técnico e Administrativo do Centro de Referência, em Assistência a Queimados - Alta Complexidade - o responsável deverá ser Cirurgião Plástico, com carga horária de 40 horas semanais, com título de especialista em Cirurgia Plástica reconhecido pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, ou Certificado de Residência Médica em Cirurgia Plástica reconhecido pelo MEC;

b - 01 Responsável Técnico e Administrativo pelo Serviço de Enfermagem do Centro de Referência em Assistência a Queimados - Alta Complexidade - o responsável deverá ser Enfermeiro, com carga horária de 40 horas semanais;

c - 01 Cirurgião Plástico em regime de plantão nas 24 horas do dia (pode ser o cirurgião plástico do serviço de urgência/emergência - se houver);

d - 01 Médico Intensivista (pode ser o médico da Unidade de Tratamento Intensivo, classificada como tipo II ou ID), em regime de plantão nas 24 horas do dia;

e - 01 Médico Intensivista Pediátrico pode ser o médico da Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrica, classificada como tipo II ou III) em regime de plantão nas 24 horas do dia, se o Centro prestar atendimento pediátrico;

f - 01 Anestesiista em regime de plantão nas 24 horas do dia (pode ser o anestesista de plantão do serviço de urgência/emergência);

g - 01 Enfermeiro, por turno de trabalho (exclusivo da unidade de internação de queimados);

h - 01 Cirurgião Plástico diarista por turno de trabalho;

i- 01 Clínico Geral diarista por turno de trabalho;

j - 01 Pediatra diarista por turno de trabalho, se o Centro prestar atendimento pediátrico;

k - 01 Fisioterapeuta diarista por turno de trabalho;

l - 01 Nutricionista;

m - 01 Auxiliar/Técnico de Enfermagem para cada 02 leitos ou fração, nos turnos manhã e tarde, na enfermaria de queimados;

n - 01 Auxiliar/Técnico de Enfermagem para cada 04 leitos ou fração, no turno da noite, na enfermaria de queimados;

o - 01 Auxiliar Administrativo.

2.2 - Instalações Físicas:

2.2.1 - A área física deverá contar, além do disposto nas Normas Gerais, de:

a - Unidade de Cuidados Especiais de Queimaduras, com no máximo 6 leitos (9 m²/leito);

b - expurgo específico da Unidade de Cuidados Especiais de Queimaduras;

e - posto de enfermagem, com sala de serviço, específico da Unidade de Cuidados Especiais de Queimaduras;

d - sanitário e chuveiro para adultos e crianças, específico da Unidade de Cuidados Especiais de Queimaduras.

2.2.2. - No Pronto-Atendimento deverá contar com o seguinte:

a - Tanque de inox, com dimensões aproximadas de 70 cm de altura, 90 cm de comprimento e 50 cm de largura.

2.3 - Materiais, Equipamentos e Instrumental Cirúrgico:

Os Centros, de acordo com suas unidades específicas, deverão contar com o seguinte:

2.3.1 - Unidade Ambulatorial:

a - divã clínico;

b - escada com dois degraus;

e - estetoscópio;

d - esfigmomanômetro;

e - maca com grade;

f - mesa auxiliar (60x40x90 cm), com rodízios;

g - comadre/papagaio;

h - suporte para soro;

i - mesa;

j - cadeiras;

l - cadeira de rodas.

2.3.2 - Unidade de Internação:

a - camas de recuperação com grades;

b - mesas de cabeceira;

e - escadas com dois degraus;

d - mesas para refeições;

e - arcos de proteção;

f - mesas auxiliares com rodízios (40x60x90 cm), para procedimentos;

g - suportes para soro;

h - estetoscópio e esfigmomanômetro/leito;

i - comadre/papagaio/leito;

j - aspirador elétrico à vácuo, portátil;

l - caixa com instrumental para pequenas cirurgias, curativos e enxertia/debridamento;

m - bandejas para passagem de catéter venoso central e cateterismo vesical;

n - nebulizadores;

o - conjunto de inaladores;

p - berços;

q - mesas e cadeiras infantis, de material lavável;

r - bebê conforto;

s - balança pediátrica;

t - balança antropométrica;

u - cadeira para banho/leito.

2.3.3 - Unidade de Cuidados Especiais de Queimaduras (máximo de 06 leitos):

2.3.3.1 - Para cada Leito:

a - estetoscópio e esfigmomanômetro;

b - cama de recuperação;

- e - escada com dois degraus;
- d - suporte para soro;
- e - mesa para refeições;
- f - mesa auxiliar com rodízios (40x60x90 cm);
- g - oxímetro de pulso;
- h - monitor de pressão arterial não-invasivo;
- i - monitor de temperatura (vesical, esofágico e retal);
- j - 2 bombas de infusão;
- l - ventilômetro;
- m - ventilador volumétrico (adulto);
- n - ventilador pediátrico (fluxo/tempo/volume);
- o - arco de proteção;
- p - umidificador para oxigênio;
- q - conjunto de inalador e nebulizadores;
- r - comadre/papagaio;
- s - bandeja inox;
- t - cuba rim;
- u - cúpula;
- v - bacia inox;
- x - jarra inox.

2.3.3.2 - Para cada 02 leitos:

- a - capnógrafo;
- b - laringoscópio com fibra ótica;
- c - aquecedor à seco para fluidos.

2.3.3.3 - Para cada 04 leitos:

- a - desfibrilador - cardioversor;
- b - eletrocardiógrafo;
- e - equipamento para monitorização hemodinâmica invasiva;
- d - carrinho de emergência;
- e - oto-oftalmoscópio;
- f - aspirador elétrico à vácuo portátil.

2.3.4 - Centro-Cirúrgico:

- a - 1 foco cirúrgico;
- b - 1 mesa cirúrgica;
- c - 2 unidades de anestesia;
- d - 2 laringoscópios com fibra ótica;
- e - 2 dematos elétricos;
- f - 2 mesh skin graft - expansores de pele;
- g - 5 facas de Blair adultos;
- h - 5 facas de Blair pediátricas;
- i - 1 monitor de E.C.G.;
- j - 1 capnógrafo;
- l - escada com 2 degraus;
- m - aspirador elétrico à vácuo portátil;
- n - mesa auxiliar com rodízios (40x60x90 cm).

2.3.5 - Instrumental cirúrgico para curativos, pequena cirurgia e enxertia /desbridamento:

- a - 40 caixas de instrumental para curativo.
- b - 10 caixas de instrumental para pequena cirurgia.
- c - 10 caixas de instrumental para enxertia/desbridamento.

2.4 - Recursos Diagnósticos:

O Centro deve contar em sua própria estrutura, nas 24 horas do dia, com:

2.4.1 - Laboratório de Patologia Clínica, no qual se realizem exames nas áreas de:

- a - bioquímica;
- b - hematologia;
- c - microbiologia;
- d - gasometria;

e - líquidos orgânicos, inclusive líquido.

Obs.: O laboratório deve possuir certificado de controle de qualidade.

2.4.2.- Unidade de Imagenologia, equipada com

a - Raios-X;

b - Raios-X portátil;

c - Ultrassonografia;

d - Tomografia Computadorizada;

e - Ressonância Magnética;

Obs.: Os exames de Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética poderão ser realizados em serviços de terceiros, instalados dentro ou fora da estrutura ambulatorio-hospitalar do Centro.

Neste caso, a referência deve ser devidamente formalizada de acordo com o que estabelece a Portaria SAS nº 494, de 26 de agosto de 1999.

2.4.3 - Unidade de Anatomia Patológica, na qual se realizem exames nas áreas de:

a - citologia;

b - histologia;

Obs.: A unidade de Anatomia Patológica deve participar de programa de avaliação de qualidade.

2.4.4 - Endoscopia Digestiva e Fibrobroncoscopia:

Estes procedimentos poderão ser realizados em serviços de terceiros, instalados dentro ou fora da estrutura ambulatorio-hospitalar do Centro. Neste caso, a referência deve ser devidamente formalizada de acordo com o que estabelece a Portaria SAS nº 494, de 26 de agosto de 1999.

2.5 - Hemoterapia:

O Centro deve contar com Banco de Sangue nas 24 horas do dia, próprio ou por meio de "acesso" (Portaria SAS nº 494, de 26 de agosto de 1999) e Unidade Transfusional instalada em sua própria estrutura física.

3 - NORMAS ESPECÍFICAS PARA CENTRO DE REFERÊNCIA EM ASSISTÊNCIA A QUEIMADOS - INTERMEDIÁRIO

São exigências de funcionamento para um Centro de Referência em Assistência a Queimados - Intermediário, com, no mínimo, 08 e, no máximo, 20 leitos:

3.1 - Recursos Humanos:

O quadro de recursos humanos deve ser composto por:

a - 01 Responsável Técnico e Administrativo - o responsável deverá ser Médico, com carga horária de 40 horas semanais;

b - 01 Responsável Técnico e Administrativo pelo Serviço de Enfermagem - o responsável deverá ser Enfermeiro, com carga horária de 40 horas semanais;

c - 01 Cirurgião Plástico alcançável nas 24 horas do dia;

d - 01 Médico Intensivista, em regime de plantão nas 24 horas do dia;

e - 01 Médico Intensivista Pediátrico, em regime de plantão nas 24 horas do dia, se o Centro prestar atendimento pediátrico;

f - 01 Anestesista em regime de plantão nas 24 horas do dia;

g - 01 Enfermeiro, por turno de trabalho;

h - 01 Clínico Geral diarista por turno de trabalho;

i - 01 Pediatra diarista por turno de trabalho, se o Centro prestar atendimento pediátrico;

j - 01 Fisioterapeuta diarista por turno de trabalho;

k - 01 Psicólogo;

l - 01 Assistente Social;

m - 01 Nutricionista;

n - 01 Farmacêutico;

o - 01 Auxiliar/Técnico de Enfermagem para cada 04 leitos ou fração, por turno de trabalho, na enfermaria e ambulatorio;

p - 01 Auxiliar Administrativo.

3.2 - Instalações Físicas:

3.2.1: Pronto Atendimento:

O pronto atendimento deverá contar com o seguinte:

a - Tanque de inox, com dimensões aproximadas de 70 cm de altura, 90 cm de comprimento e 50 cm de largura.

3.2.2 - Unidade de Internação:

a - camas de recuperação com grades;

b - mesas de cabeceira;

c - escadas com dois degraus;

d - mesas para refeições;

e - arcos de proteção;

f - mesas auxiliares com rodízios (40x60x90 cm), para procedimentos;

g - suportes para soro;

- h - estetoscópio e esfigmomanômetro/leito;
- i - comadre/papagaio/leito;
- j - aspirador elétrico à vácuo, portátil;
- l - caixa com instrumental para pequenas cirurgias, curativos e enxertia/debridamento;
- m - bandejas para passagem de catéter venoso central e cateterismo vesical;
- n - nebulizadores;
- o - conjunto de inaladores;
- p - berços;
- q - mesas e cadeiras infantis, de material lavável;
- r - bebê conforto;
- s - balança pediátrica;
- t - balança antropométrica;
- u - cadeira para banho/leito.

3.2.3 - Centro-Cirúrgico:

- a - 1 foco cirúrgico;
- b - 1 mesa cirúrgica;
- c - 2 unidades de anestesia;
- d - 2 laringoscópios com fibra ótica;
- e - 2 dematos elétricos;
- f - 2 mesh skin graft - expansores de pele;
- g - 5 lacas de Blair adultos;
- h - 5 facas de Blair pediátricas;
- i - 1 monitor de E.C.G.;
- j - 1 capnógrafo;
- l - escada com 2 degraus;
- m - aspirador elétrico à vácuo portátil;
- n - mesa auxiliar com rodízios (40x60x90 cm).

3.2.4 - Instrumental cirúrgico para curativos, pequena cirurgia e enxertia /desbridamento:

- a - 40 caixas de instrumental para curativo.
- b - 10 caixas de instrumental para pequena cirurgia.
- c - 10 caixas de instrumental para enxertia/desbridamento.

3.3 - Recursos Diagnósticos:

O Centro deve contar em Própria estrutura, nas 24 horas do dia, com:

3.3.1 - Laboratório de Patologia Clínica, no qual se realizem exames nas áreas de:

- a - bioquímica;
- b - hematologia;
- c - microbiologia;
- d - gasometria;
- e - líquidos orgânicos, inclusive líquido.

Obs.: O laboratório deve possuir certificado de controle de qualidade.

3.3.2.- Unidade de Imagenologia, equipada com:

- a - Raios-X;
- b - Raios-X portátil;
- c - Ultrassonografia;
- d - Tomografia Computadorizada;
- e - Ressonância Magnética;.

Obs.: Os exames de Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética poderão ser realizados em serviços de terceiros, instalados dentro ou fora da estrutura ambulatorio-hospitalar do Centro.

Neste caso, a referência deve ser devidamente formalizada de acordo com o que estabelece a Portaria SAS nº 494, de 26 de agosto de 1999.

3.3.3 - Unidade de Anatomia Patológica, na qual se realizem exames nas áreas de:

- a - citologia;
- b - histologia;

Obs.: A unidade de Anatomia Patológica deve participar de programa de avaliação de qualidade.

3.3.4 - Endoscopia Digestiva e Fibrobroncoscopia:

Estes procedimentos poderão ser realizados em serviços de terceiros, instalados dentro ou fora da estrutura ambulatorio-hospitalar do Centro. Neste caso, a referência deve ser devidamente formalizada de acordo com o que estabelece a Portaria SAS nº 494, de 26 de agosto de 1999.

3.4 - Hemoterapia:

O Centro deve contar com Banco de Sangue nas 24 horas do dia, próprio ou por meio de "acesso" (Portaria SAS nº 494, de 26 de agosto de 1999) e Unidade Transfusional instalada em sua própria estrutura física.

ANEXO 3 DO ANEXO VIII
RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DE CENTRO DE ALTA COMPLEXIDADE EM ASSISTÊNCIA A QUEIMADOS (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Anexo 3)

Anexo III

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DE CENTRO DE ALTA COMPLEXIDADE EM ASSISTÊNCIA A QUEIMADOS

Folha 1/2

Identificação do Serviço

Nome do Hospital: _____

CNPJ (CGC): _____

Endereço: _____

Município: _____ Estado: _____

CEP: _____ Fone: (____) _____

Site: _____ E-Mail: _____

Natureza: ☐ Filiação ☐ Unicidade ☐ Unicidade Parcial

☐ Convênio ☐ Filiação ☐ Unicidade ☐ Unicidade Parcial

☐ Convênio Optativo Simples ☐ Filiação Optativa de Tm e Conv. Social ☐ Unicidade Parcial de Tm e Conv. Social

☐ Filiação ☐ Unicidade ☐ Unicidade Parcial

☐ Filiação ☐ Unicidade ☐ Unicidade Parcial

☐ Filiação ☐ Unicidade ☐ Unicidade Parcial

Nome do Diretor Clínico: _____

CPF: _____ CRM: _____

Atendimentos Realizados

Período: _____

1 - Pacientes Internados: _____ 2 - Pacientes Atendidos no Ambulatório: _____

3 - Faixa Etária:

Internados	Ambulatório	Internados	Ambulatório
de 00 a 01 ano	de 15 a 20 anos	de 00 a 01 ano	de 15 a 20 anos
de 01 a 05 anos	de 20 a 30 anos	de 01 a 05 anos	de 20 a 30 anos
de 05 a 10 anos	acima de 30 anos	de 05 a 10 anos	acima de 30 anos
de 10 a 15 anos		de 10 a 15 anos	

4 - Sexo: Masculino _____ Feminino _____

5 - Por agente etiológico das queimaduras:

Internados	Ambulatório	Internados	Ambulatório
Infantísimo	Sólidos	Infantísimo	Sólidos
Químicos	Químicos	Químicos	Químicos
Radição	Líquidos	Radição	Líquidos

6 - Extensão da queimadura:

Pegada: _____ Músculo: _____ Gênero: _____

Queimado: _____ Queimado: _____ Queimado: _____

7 - Pacientes atendidos na Unidade de Cuidados Especiais de Queimaduras: _____

8 - Pacientes atendidos na Emergência: _____ 9 - Cirurgias: _____

10 - Cirurgias devido à sequelas de queimaduras: _____ 11 - Cuidados Ambulatoriais: _____

12 - Vagas Recusadas: _____ 13 - Transferências: _____ 14 - Óbitos: _____

Anexo III

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DE CENTRO DE ALTA COMPLEXIDADE EM ASSISTÊNCIA A QUEIMADOS

Folha 2/2

Lesões associadas e/ou complicações

Lesão Intestinal	Infecção Hospitalar
Pulmão	Distúrbio de Hematias
Tórax Crânio	Distúrbio Primário
Tórax Estômago	Infecção Aguda do Músculo
Clique	Distúrbio Compensatório
Infecção Respiratória	Distúrbio Crônico
Infecção Renal	
Infecção Hepática	
Infecção Cardíaca	
Endocardite	

Infecção Hospitalar

1 - Percentual de infecção hospitalar sobre o total de pacientes internados: _____

2 - Flora microbiana prevalente na unidade:

ACINETOBACTER	PSUDOMONAS
CANDIDIA	STREPTOCOCCUS AUREUS
ENTEROBACTER	STREPTOCOCCUS
ENTEROCOCCUS	OUTROS
KLEBSIELLA	

Local: _____ Data: _____

Nome do Responsável Técnico pelo Centro de Alta Complexidade em Assistência à Queimados: _____

Assinatura e Carimbo

ANEXO 4 DO ANEXO VIII
RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DE CENTRO DE REFERÊNCIA EM ASSISTÊNCIA A QUEIMADOS (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Anexo 4)

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DE CENTRO DE REFERÊNCIA EM ASSISTÊNCIA A QUEIMADOS

- INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO -

O Relatório de Avaliação e Acompanhamento de Centro de Referência em Assistência a Queimados tem por objetivo a formação de um banco de dados que permita uma análise qualitativa e quantitativa, por Centro e em conjunto, da assistência prestada no país a pacientes com queimaduras. Este banco de dados estará disponível e acessível a qualquer profissional de saúde, hospital ou sociedade profissional envolvida com o assunto, preservados os aspectos éticos.

A análise dos dados obtidos permitirá, aos órgãos governamentais e à própria sociedade médica, um melhor planejamento das ações na área, a orientação de investimentos além de subsidiar a realização de estudos científicos e assistenciais.

Como as informações contidas neste Relatório serão digitadas e arquivadas de modo informatizado, é imprescindível que o formulário seja preenchido com letra de forma legível, assinado pelo Responsável Técnico e carimbado.

Os dados a serem cadastrados no Relatório foram agrupados em 04 itens a saber: Identificação do Serviço, Atendimentos Realizados, Lesões Associadas e/ou Complicações e Infecção Hospitalar.

É fundamental que o formulário seja preenchido corretamente, refletindo as informações contidas nos prontuários dos pacientes atendidos. As informações são de caráter geral, devendo quantificar de maneira global às atendimentos realizados no ano, por item de informação. O primeiro Relatório a ser apresentado deverá conter as informações relativas aos atendimentos realizados no período compreendido entre a data do cadastramento do Centro e o dia 31 de dezembro de 2000. Os Relatórios subsequentes envolverão os atendimentos realizados no período de janeiro a dezembro de cada ano.

Cada Relatório deverá ser enviado até 30 dias após o final do ano a que o mesmo se referir.

I - IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO:

a - Nome do Hospital: nome completo da razão social- do Hospital, sem abreviaturas.

b - CNPJ (antigo CGC): depois de certificar-se de que se trata do número correto, escreva-o na linha correspondente;

c - Endereço: rua e complementos da localização do Hospital;

d - CEP: código do endereçamento postal, com 08 dígitos, correspondente ao endereço sede do Hospital;

e - Município: cidade onde se localiza o Hospital;

f - Estado: unidade da federação onde se localiza o Hospital;

g - Telefone: número do telefone do Hospital - os 05 (cinco) campos iniciais são destinados ao DDD e prestadora, e os demais para o número do telefone propriamente dito;

h - FAX: idem;

i - E-mail: endereço eletrônico do Hospital;

j - Natureza: assinalar com um xis (X) o campo correspondente à alternativa que melhor caracterize a natureza do Hospital, de acordo com seu cadastro no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema único de Saúde - SIH/SUS;

k - Nome do Diretor Clínico: nome completo, sem abreviaturas, do Diretor Clínico do Hospital onde estiver instalado o Centro;

l - CPF: número de inscrição do Diretor Clínico no cadastro de pessoas físicas

m - CRM - número de inscrição do Diretor Clínico no Conselho Regional de Medicina, identificando a unidade da federação.

II - ATENDIMENTOS REALIZADOS:

Estas informações dizem respeito aos quantitativos globais de atendimentos realizados pelo Centro, no período informado, tanto no nível ambulatorial quanto hospitalar, exclusivamente em pacientes com queimaduras.

Período: informar o período a que se refere o Relatório;

- Pacientes Internados: informar o número total de pacientes atendidos em regime de internação hospitalar, no período compreendido;

2 - Pacientes atendidos no Ambulatório: informar o quantitativo de pacientes atendidos no ambulatório, oriundos da internação hospitalar, do serviço de emergência e aqueles atendidos exclusivamente em nível ambulatorial;

3 - Faixa Etária: informar, separadamente, o quantitativo de pacientes internados e atendidos no ambulatório, por agrupamento de faixa etária;

4 - Sexo: informar, separadamente, o quantitativo de pacientes internados e atendidos no ambulatório, por sexo;

5 - Agente Etiológico: informar, separadamente, o quantitativo de pacientes internados e atendidos no ambulatório, por agente etiológico da queimadura;

6 - Extensão da Queimadura: informar, separadamente, o quantitativo de pacientes internados e -atendidos no ambulatório, por extensão da queimadura;

7 - Pacientes atendidos na Unidade de Cuidados Especiais de Queimaduras: informar o quantitativo de pacientes que, durante a internação hospitalar, foram atendidos na UCEQ;

8 - Pacientes Atendidos na Emergência: informar o quantitativo de pacientes atendidos no Serviço de Urgência/Emergência do Centro;

9 - Cirurgias: informar quantitativo de cirurgias realizadas em pacientes com queimaduras;

10 - Cirurgias devido a sequelas de queimaduras: informar o quantitativo de cirurgias realizadas em pacientes com queimaduras, exclusivamente, em decorrência de sequelas de queimaduras;

11 - Curativos Ambulatoriais: informar o quantitativo de curativos realizados no ambulatório e no Serviço de Urgência/Emergência;

12 - Vagas Recusadas: informar o quantitativo de pacientes cuja internação foi recusada em função da indisponibilidade de leitos;

13 - Transferências: informar o quantitativo de pacientes transferidos para atendimento em outros serviços, oriundos da internação, ambulatório ou urgência do Centro;

14 - Óbitos: informar quantitativo de óbitos verificados no Centro, de pacientes internados e admitidos no Serviço de Urgência/Emergência.

III - LESÕES ASSOCIADAS E/OU COMPLICAÇÕES:

Estas informações dizem respeito ao quantitativo de pacientes atendidos (em regime de internação hospitalar) que apresentaram lesões associadas às queimaduras e/ou complicações delas decorrentes.

Informar, nos campos correspondentes, o quantitativo total de pacientes que apresentaram as respectivas lesões associadas às queimaduras ou complicações delas decorrentes. Na hipótese de não haver pacientes atendidos com uma determinada lesão associada e/ou preencher os campos correspondentes com quatro zeros (0000).

IV - INFECÇÃO HOSPITALAR:

Estas informações dizem respeito à ocorrência de infecção hospitalar no Centro, com o percentual de pacientes por ela acometidos em relação ao número total de pacientes com queimaduras internados e a flora microbiológica prevalente na unidade.

1 - Percentual de infecção Hospitalar: informar o percentual de infecção hospitalar sobre o número total de pacientes com queimaduras internados no Centro;

2 - Flora Microbiológica Prevalente na Unidade: informar os três microorganismos de maior prevalência no Centro, em ordem crescente de ocorrência.

Exemplo: Se o microorganismo que ocorre em maior frequência no Centro for o *Acinetobacter*, assinalar no campo a ele correspondente o número "1", se o segundo microorganismo de maior frequência for o *Staphylococcus Aureus*, assinalá-lo com o número "2" e assim por diante.

Local: informar o nome do município em que está localizado o Centro;

Data: informar a data - dia/mês/ano em que foi preenchido o Relatório;

Nome do Responsável Técnico pelo Centro de Referência em Assistência a Queimados: informar o nome completo, sem abreviaturas, do Responsável Técnico pelo Centro;

Assinatura e carimbo: o Responsável Técnico deverá assinar neste campo e apor seu carimbo de identificação.

ANEXO IX

Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde (Origem: PRT MS/GM 936/2004)

Art. 1º Fica aprovada a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, com o objetivo de articular a gestão e as ações da Coordenação-Geral de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde, do Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde, com os Núcleos de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde Estaduais e Municipais e do Distrito Federal, com instituições acadêmicas e organizações não governamentais conveniadas com o Ministério da Saúde e outras iniciativas dos Municípios e Estados que contribuam para o desenvolvimento do Plano Nacional de Prevenção da Violência. (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 1º)

Art. 2º A Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde será constituída pela Coordenação-Geral de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde, do Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde, pelos Núcleos Estaduais e Municipais, por organizações sociais e instituições acadêmicas conveniadas com o Ministério da Saúde e Municípios e Estados com iniciativas que contribuam para o desenvolvimento do Plano Nacional de Prevenção da Violência. (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 2º)

Art. 3º A Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde terá como objetivos: (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 3º)

I - promover a articulação da gestão de conhecimento no desenvolvimento de pesquisas, formulação de indicadores, disseminação de conhecimentos e práticas bem-sucedidas, criativas e inovadoras nacionais, regionais e locais; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 3º, I)

II - implementar a troca de experiências de gestão e formulações de políticas públicas intersetoriais e intra-setoriais; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 3º, II)

III - fomentar o intercâmbio das práticas de atenção integral às pessoas vivendo situações de violência e segmentos populacionais sob risco; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 3º, III)

IV - intercambiar as formas de participação da sociedade civil, organizações não-governamentais e comunidades no desenvolvimento do plano nas várias esferas de gestão; e (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 3º, IV)

V - acompanhar o desenvolvimento das ações do Plano Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde nas várias esferas de gestão. (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 3º, V)

Art. 4º São atribuições dos componentes da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde de que trata este Anexo: (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º)

I - Coordenação-Geral de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde, do Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, I)

a) implementar, em parceria com as esferas de gestão do SUS e instituições acadêmicas, o Plano Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde a partir dos propósitos e diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, I, a)

b) assessorar tecnicamente e estimular os estados e municípios para o trabalho de prevenção da violência e promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, I, b)

c) incentivar o desenvolvimento de núcleos estaduais e municipais de prevenção da violência e promoção da saúde de acordo com critérios epidemiológicos e prioridades sociais; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, I, c)

d) identificar e apoiar estudos, pesquisas e ações em instituições acadêmicas e organizações sociais de relevância nacional, de interesse para o desenvolvimento do Plano Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, I, d)

e) garantir o funcionamento da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, I, e)

f) promover e participar de políticas e ações intersetoriais, no âmbito do Governo Federal, e de redes sociais que tenham como objetivo a prevenção da violência e a promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, I, f)

g) qualificar a gestão do SUS para o trabalho de prevenção da violência e promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, I, g)

h) articular as ações de prevenção da violência no âmbito do Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, I, h)

i) assessorar políticas, programas e ações de capacitação, pesquisa e atenção, relacionados com o tema da violência no âmbito do Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, I, i)

j) monitorar e avaliar o desenvolvimento dos planos estaduais e municipais de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, I, j)

k) implantar e implementar a notificação de violências interpessoais e autoprovocadas em conformidade com a legislação em vigor e as diretrizes da Secretaria de Vigilância em Saúde, possibilitando melhoria da qualidade da informação e participação nas redes internacionais, nacionais, estaduais e municipais de atenção integral para populações estratégicas em situação ou risco para a violência; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, I, l)

l) garantir a gestão participativa da sociedade civil, organizações não governamentais e movimentos sociais no desenvolvimento do plano nacional de prevenção da violência; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, I, m)

m) assessorar o Ministério da Saúde nas demandas relacionadas com o tema da violência junto aos organismos internacionais; e (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, I, n)

n) apoiar e desenvolver ações de prevenção da violência e promoção da saúde, articuladas às políticas de integração regional, prioritariamente nos Municípios de fronteiras. (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, I, o)

II - Núcleos Estaduais: (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, II)

a) elaborar o Plano Estadual de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, II, a)

b) qualificar a gestão para o trabalho de prevenção da violência e promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, II, b)

c) promover e participar de políticas e ações intersetoriais e de redes sociais que tenham como objetivo a prevenção da violência e a promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, II, c)

d) assessorar, qualificar e articular em rede as ações de prevenção da violência e promoção da saúde desenvolvidas pelos núcleos dos Municípios de sua região; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, II, d)

e) garantir a implantação e implementação da notificação de violências interpessoais e autoprovocadas, possibilitando a melhoria da qualidade da informação e participação nas redes estaduais e nacional de atenção integral para populações estratégicas; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, II, e)

f) acompanhar e monitorar o desenvolvimento dos planos municipais de Prevenção da Violência e promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, II, f)

g) estimular o desenvolvimento de estudos e pesquisas estratégicas; e (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, II, g)

h) articular as redes de capacitação em parceria com os pólos de educação permanente loco-regionais. (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, II, h)

III - Núcleos Municipais: (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, III)

a) Elaborar o Plano Municipal de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, III, a)

b) Promover e participar de políticas e ações intersetoriais e de redes sociais que tenham como objetivo a prevenção da violência e a promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, III, b)

c) Qualificar e articular a rede de atenção integral às pessoas vivendo situações de violência e desenvolver ações de prevenção e promoção da saúde para segmentos populacionais mais vulneráveis; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, III, c)

Art. 4º, III, c)

d) Garantir a implantação e implementação da notificação de violências interpessoais e autoprovocadas, possibilitando melhoria da qualidade da informação e participação nas redes locais de atenção integral para populações estratégicas; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, III, d)

e) Estimular o desenvolvimento de estudos e pesquisas estratégicas; e (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, III, e)

f) Capacitar os profissionais, movimentos e conselhos sociais para o trabalho de prevenção da violência em parceria com os pólos de educação permanente loco-regionais. (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, III, f)

IV - Núcleos nas Instituições Acadêmicas: (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, IV)

a) elaborar o Plano Institucional de Apoio à Prevenção da Violência e Promoção da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, IV, a)

b) desenvolver indicadores para sistematização de monitoramento das ações do Plano Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, IV, b)

c) assessorar tecnicamente as coordenações dos níveis federal, estadual e municipal no desenvolvimento dos referidos planos de prevenção à violência e promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, IV, c)

d) apoiar a elaboração, edição e distribuição de publicações referentes ao tema específico; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, IV, d)

e) apoiar a elaboração e execução de eventos técnicos voltados às questões sobre violências e outras causas externas; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, IV, e)

f) desenvolver o espaço eletrônico para favorecimento da comunicação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, IV, f)

g) desenvolver metodologias de comunicação para apoio à prevenção da violência e promoção da saúde em mídia eletrônica, impressa e rádios comunitárias; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, IV, g)

h) desenvolver tecnologias de apoio à implantação e implementação da notificação de violências interpessoais e autoprovocadas em conformidade com a legislação em vigor, possibilitando a melhoria da qualidade da informação e participação nas redes internacionais, nacionais, estaduais e municipais de atenção integral para populações estratégicas em situação ou risco para a violência; e (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, IV, h)

i) desenvolver metodologias de avaliação sistematizada dos planos federal, estadual e municipal de prevenção à violência e promoção da saúde. (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, IV, i)

Art. 5º Ficam determinados os seguintes critérios para a escolha dos Estados e Municípios onde serão implantados os núcleos: (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 5º)

I - Municípios acima de 100.000 habitantes; e (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 5º, I)

II - Estados com mais de um Município com núcleo implantado. (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 5º, II)

Art. 6º As instituições acadêmicas a serem conveniadas serão escolhidas em função dos critérios de representação regional e experiência reconhecida no desenvolvimento de conhecimentos e tecnologias de interesse na implementação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 6º)

ANEXO X

Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) (Origem: PRT MS/GM 1679/2002)

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Fica instituída, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), a ser desenvolvida de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 1º)

Parágrafo Único. Deverá ser constituída, no âmbito do Ministério da Saúde, a Comissão Nacional de Implantação e de Acompanhamento da RENASt, composta por integrantes da Secretaria de Vigilância em Saúde e da Secretaria de Atenção à Saúde e órgãos vinculados ao Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 2º As Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal devem elaborar o Plano Estadual de Saúde do Trabalhador, conformando a rede estadual de atenção integral à saúde do trabalhador, em consonância com as diretrizes da regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade, da criação de mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e da atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 2º)

Parágrafo Único. As diretrizes para a elaboração do Plano Estadual de Saúde do Trabalhador estão definidas no Anexo 1 do Anexo X. (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 3º Para a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, serão organizadas e implantadas: (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 3º)

I - Ações na rede de Atenção Básica e no Programa de Saúde da Família (PSF). (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 3º, I)

II - Rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 3º, II)

III - Ações na rede assistencial de média e alta complexidade do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 3º, III)

Art. 4º As Equipes da Atenção Básica e do Programa de Saúde da Família serão capacitadas para a execução de ações em saúde do trabalhador, cujas atribuições serão estabelecidas em ato específico do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 4º)

Art. 5º As Secretarias de Saúde Estaduais e do Distrito Federal e as Secretarias Municipais de Saúde definirão, de forma pactuada e de acordo com o Plano Diretor de Regionalização, os serviços ambulatoriais e hospitalares envolvidos na implementação de ações em saúde do trabalhador, cujas atribuições devem estar em concordância com as diretrizes do Plano Estadual de Saúde do Trabalhador, definidas no Anexo 1 do Anexo X. (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 5º)

Art. 6º Em cada estado, serão organizados dois tipos de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST): Centro de Referência Estadual, de abrangência estadual e Centro de Referência Regional, de abrangência regional, definidos por ordem crescente de complexidade e distinção de atribuições descritas no Anexo 2 do Anexo X. (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 6º)

Parágrafo Único. Os CERESTs Estaduais e Regionais deverão estar integrados entre si e com as referências em saúde do trabalhador desenvolvidas na rede ambulatorial e hospitalar, compatibilizando um Sistema de Informação

Integrado, a implementação conjunta dos Projetos Estruturadores, a execução do Projeto de Capacitação, a elaboração de material institucional e comunicação permanente, de modo a constituir um sistema em rede nacional. (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 6º, Parágrafo Único)

Art. 7º O controle social da RENAST - por meio da participação das organizações de trabalhadores urbanos e rurais - se dará por intermédio das instâncias de controle social do SUS, conforme estabelecido na legislação vigente. (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 7º)

Art. 8º Os Centros de Referência Estaduais, em número de 27, localizados em cada capital dos respectivos Estados e do Distrito Federal e os Centros de Referência Regionais, em número de 103, localizados nos municípios-pólo, sedes de regionais de saúde do trabalhador, definidos no Plano Estadual de Saúde do Trabalhador, serão ainda classificados de acordo com o seu porte, em modalidades diferenciadas, obedecendo à seguinte distribuição quantitativa, conforme se mostra na Tabela 1 e 2 do Anexo 3 do Anexo X : (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 8º, Parágrafo Único)

I - Centro Estadual a - (8) - capitais com até 500 mil habitantes (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 8º, Parágrafo Único, I)

II - Centro Estadual b - (7) - capitais com até 1 milhão de habitantes. (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 8º, Parágrafo Único, II)

III - Centro Estadual c - (12) - capitais com mais de 1 milhão de habitantes. (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 8º, Parágrafo Único, III)

IV - Centro Regional a - (51) - região com até 700.000 mil habitantes (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 8º, Parágrafo Único, IV)

V - Centro Regional b - (40) - região com até 1,8 milhões de habitantes. (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 8º, Parágrafo Único, V)

VI - Centro Regional c - (12) - região com mais de 1,8 milhões de habitantes (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 8º, Parágrafo Único, VI)

Art. 9º Os CERESTs existentes, assim como os novos, serão cadastrados e habilitados, de acordo com Normas estabelecidas em ato específico da Secretaria de Atenção à Saúde/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 9º)

Art. 10. Os procedimentos realizados pelos CERESTs serão informados e notificados por meio do subsistema APAC/SIA, sendo incluídos na relação de procedimentos estratégicos do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 12)

§ 1º Os gestores deverão alimentar, mensalmente, com as respectivas informações, o Banco de Dados Nacional do SIA/SUS. (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 12, § 1º)

§ 2º A não alimentação do Banco de Dados Nacional implicará na suspensão dos repasses de recursos financeiros. (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 12, § 2º)

Art. 11. A inclusão de serviços e procedimentos em saúde do trabalhador no subsistema APAC/SIA será objeto de Portaria específica da Secretaria de Atenção à Saúde/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 16)

Art. 12. As secretarias de saúde dos municípios, estados e do DF adotarão as providências necessárias ao cumprimento das normas contidas neste Anexo. (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 17)

Art. 13. A Secretaria de Atenção à Saúde adotará as providências necessárias ao cumprimento do disposto neste Anexo, procedendo a sua respectiva regulamentação. (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 18)

CAPÍTULO II DAS DISPOSIÇÕES ESPECÍFICAS

Art. 14. Este Capítulo dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), que deverá ser implementada de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com o envolvimento de órgãos de outros setores dessas esferas, executores de ações relacionadas com a Saúde do Trabalhador, além de instituições colaboradoras nessa área. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 1º)

§ 1º As ações em Saúde do Trabalhador deverão ser desenvolvidas, de forma descentralizada e hierarquizada, em todos os níveis de atenção do SUS, incluindo as de promoção, preventivas, curativas e de reabilitação. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 1º, § 1º)

§ 2º A RENAST integra a rede de serviços do SUS, voltados à promoção, à assistência e à vigilância, para o desenvolvimento das ações de Saúde do Trabalhador. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 1º, § 2º)

§ 3º A implementação da RENAST dar-se-á do seguinte modo: (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 1º, § 3º)

I - estruturação da rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST); (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 1º, § 3º, I)

II - inclusão das ações de saúde do trabalhador na atenção básica, por meio da definição de protocolos, estabelecimento de linhas de cuidado e outros instrumentos que favoreçam a integralidade; (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 1º, § 3º, II)

III - implementação das ações de promoção e vigilância em saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 1º, § 3º, III)

IV - instituição e indicação de serviços de Saúde do Trabalhador de retaguarda, de média e alta complexidade já instalados, aqui chamados de Rede de Serviços Sentinela em Saúde do Trabalhador; e (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 1º, § 3º, IV)

V - caracterização de Municípios Sentinela em Saúde do Trabalhador. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 1º, § 3º, V)

§ 4º A orientação para o desenvolvimento da Rede de Serviços Sentinela em Saúde do Trabalhador está estabelecida nos Anexos 5, 6, 7 e 8 do Anexo X. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 1º, § 4º)

Art. 15. Os Municípios Sentinela serão definidos a partir de dados epidemiológicos, previdenciários e econômicos, que indiquem fatores de riscos significativos à saúde do trabalhador, oriundos de processos de trabalho em seus territórios. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 2º)

§ 1º Os Municípios Sentinela devem desenvolver políticas de promoção da saúde, de forma a garantir o acesso do trabalhador às ações integradas de vigilância e de assistência, em todos os níveis de atenção do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 2º, § 1º)

§ 2º Os critérios de definição dos Municípios Sentinela serão objeto de ato normativo do Ministério da Saúde, a ser expedido após pactuação por meio da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 2º, § 2º)

Art. 16. Compete à Secretaria de Vigilância em Saúde a gestão federal da RENAST, com a participação dos níveis estadual, distrital e municipal de gestão do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 3º)

Art. 17. Compete à Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde a coordenação técnica da RENAST. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 4º)

Art. 18. As Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios devem adotar as providências necessárias à implementação de ações em Saúde do Trabalhador, em todos os níveis da atenção da rede pública de saúde. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 5º)

Parágrafo Único. Deverão ser consideradas como estratégias de cumprimento do disposto neste artigo a criação de mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e a atualização dos critérios de habilitação e certificação dos serviços e atividades que vierem a integrá-lo, bem como as diretrizes operacionais contidas nos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 19. As ações em Saúde do Trabalhador deverão estar inseridas expressamente nos Planos de Saúde nacional, estaduais, distrital e municipais e nas respectivas Programações Anuais. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 6º)

Parágrafo Único. Deverão ser consideradas nos Planos de Saúde e nas respectivas Programações Anuais, na forma do caput, ações e indicadores para: (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 6º, Parágrafo Único)

I - organização de ações de atenção integral à saúde do trabalhador, compreendendo promoção, vigilância, atenção básica e serviços de média e alta complexidade; (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 6º, Parágrafo Único, I)

II - inserção das ações de atenção integral à saúde do trabalhador nas redes de atenção à saúde locais e regionais; (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 6º, Parágrafo Único, II)

III - qualificação em Saúde do Trabalhador, incluindo diretrizes de formação para representantes do controle social, como por exemplo, representantes de Conselhos de Saúde, sindicatos de trabalhadores e outros; e (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 6º, Parágrafo Único, III)

IV - promoção da Saúde do Trabalhador por meio de articulação intra e intersetorial. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 6º, Parágrafo Único, IV)

Art. 20. O CEREST tem por função dar subsídio técnico para o SUS, nas ações de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 7º)

§ 1º Poderão ser implantados CERESTs, de abrangência estadual, regional e municipal. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 7º, § 1º)

§ 2º A implantação de CERESTs de abrangência municipal está condicionada a uma população superior a 500 mil habitantes. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 7º, § 2º)

§ 3º Os CERESTs habilitados de abrangência regional somente poderão alterar sua área de abrangência mediante prévia aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB). (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 7º, § 3º)

§ 4º Os CERESTs não poderão assumir as funções ou atribuições correspondentes aos Serviços Especializados de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) ou similar, tanto do setor público quanto do privado. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 7º, § 4º)

Art. 21. O controle social nos serviços que compõem a RENAST, com a participação de organizações de trabalhadores e empregadores, dar-se-á por intermédio das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde, previstos na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, bem como por meio das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador (CIST) vinculadas aos respectivos Conselhos. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 8º)

Art. 22. Após o cumprimento dos procedimentos para habilitação dos novos CERESTs, de acordo com a Portaria nº 598 GM/MS, de 23 de março de 2006, será encaminhada à SVS, por meio de ofício do Gestor, cópia da publicação da resolução da CIB que aprovou a implantação do CEREST. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 9º)

§ 1º A implantação do serviço deverá ser atestada pelo gestor estadual do SUS, por meio de visita técnica, pela inscrição no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e pela alimentação do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), no prazo de noventa 90 (noventa) dias após o recebimento do recurso. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 9º, § 1º)

§ 2º No Distrito Federal, a implantação do serviço deverá ser atestada pelo gestor distrital do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 9º, § 2º)

Art. 23. Caberá à SVS publicar portaria constando os CEREST que foram habilitados. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 12)

Art. 24. Verificado o descumprimento do prazo para implantação do CEREST, a SVS adotará as seguintes providências: (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 13)

I - oficializar ao gestor do SUS responsável e à CIB, para justificar o fato, no prazo de 30 (trinta) dias do recebimento da correspondência; (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 13, I)

II - manifestará, em 30 (trinta) dias, seu entendimento sobre a justificativa apresentada; (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 13, II)

III - não enviada a justificativa ou não aceita, a SVS solicitará ao Fundo Nacional de Saúde a suspensão do repasse mensal das parcelas subsequentes e comunicará a decisão aos responsáveis; e (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 13, III)

IV - verificada a adequação, serão retomados os repasses. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 13, IV)

Art. 25. A comprovação da aplicação do incentivo e aos repasses mensais deverá constar do Relatório Anual de Gestão, apresentando os resultados na forma da regulamentação específica do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 14)

Art. 26. Os critérios de acompanhamento do funcionamento da RENAST, bem como o fluxo da informação, serão instituídos em ato normativo específico e pactuados na CIT. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 15)

Art. 27. Caberá à Secretaria de Vigilância em Saúde expedir os atos normativos específicos relativos a este Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 16)

Art. 28. As atribuições e a composição de pessoal dos CERESTs serão explicitadas no Manual da RENAST. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 17)

Art. 29. Fica ampliada para 210 (duzentos e dez) a quantidade de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) passíveis de implantação no território nacional. (Origem: PRT MS/GM 2978/2011, Art. 1º)

Art. 30. A distribuição dos CEREST no território nacional passa a vigorar na forma do Anexo 4 do Anexo X. (Origem: PRT MS/GM 2978/2011, Art. 2º)

ANEXO 1 DO ANEXO X

DIRETRIZES PARA A ELABORAÇÃO DO PLANO ESTADUAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Anexo 1)

DIRETRIZES PARA A ELABORAÇÃO DO PLANO ESTADUAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR

I. O Plano Estadual de Saúde do Trabalhador deverá ser elaborado pela Coordenação, em conjunto com os CEREST, articulado com o COSEMS e com a participação das instâncias de controle social do SUS.

II. O Plano deverá apresentar as ações assumidas diretamente por cada Estado, segundo as diretrizes apontadas abaixo. Deverá apresentar o conjunto das ações propostas por cada região/microrregião de saúde, que compõe o PDR ou esboço de regionalização de cada estado, denominados aqui de Planos Regionais de Saúde do Trabalhador, que deverão contemplar as ações em saúde do trabalhador desenvolvidas nos diferentes níveis de atenção - da rede básica à alta complexidade - envolvendo os diferentes gestores municipais e regionais, segundo as diretrizes apresentadas abaixo.

III. O Plano deverá estabelecer a distribuição regionalizada dos CEREST, com a indicação das regiões/microrregiões e os municípios-pólo onde estarão sediados.

IV. O Plano deverá conter a indicação, ao nível do Módulo Assistencial, das referências especializadas em saúde do trabalhador.

V. O Plano deverá apresentar a forma como se organiza o controle social do SUS.

Ações de Responsabilidade dos Estados:

- Controle da qualidade das ações em saúde do trabalhador desenvolvidas pelos Municípios, conforme mecanismos de avaliação definidos em conjunto com as Secretarias Municipais de Saúde;
- Definição, em conjunto com os Municípios, de mecanismos de referência e contra-referência, além de outras medidas para assegurar o desenvolvimento de ações de assistência e vigilância;
- Capacitação de recursos humanos para a realização das ações em saúde do trabalhador;
- Estabelecimento de rotinas de sistematização, processamento e análise dos dados sobre saúde do trabalhador, gerados nos Municípios e no seu próprio campo de atuação e, de alimentação regular das bases de dados estaduais e municipais;
- Elaboração do perfil epidemiológico da saúde dos trabalhadores no Estado, a partir de fontes de informação existentes e, se necessário, por intermédio de estudos específicos, com vistas a subsidiar a programação e avaliação das ações de atenção à saúde do trabalhador;
- Prestação de cooperação técnica aos Municípios, para o desenvolvimento das ações em saúde do trabalhador;
- Instituição e manutenção de cadastro atualizado das empresas, classificadas nas atividades econômicas desenvolvidas no Estado, com indicação dos fatores de risco que possam ser gerados para o contingente populacional, direta ou indiretamente a eles expostos;
- Promoção de ações em saúde do trabalhador articuladas com outros setores e instituições que possuem interfaces com a Área, tais como a Previdência Social, Ministério do Trabalho e Emprego, Sindicatos, entre outros;
- Elaborar e dispor regulamentação e os instrumentos de gestão, no âmbito estadual, necessários para a operacionalização da atenção à Saúde do Trabalhador;
- Promoção da pactuação regional das ações de atenção à Saúde do Trabalhador.

Ações de Responsabilidade das Regiões e dos Municípios:

- Garantia do atendimento ao acidentado do trabalho e ao suspeito ou portador de doença profissional ou do trabalho, dentro dos diversos níveis de atenção, tendo a atenção básica e os serviços de urgência/emergência como portas de entrada no sistema, assegurando todas as condições, quando necessário, para o acesso a serviços de referência;
- Implementação da notificação dos agravos à saúde, na rede de atenção do SUS, e os riscos relacionados com o trabalho, alimentando regularmente o sistema de informações dos órgãos e serviços de vigilância, assim como a base de dados de interesse nacional;
- Estabelecimento de rotina de sistematização e análise dos dados gerados na assistência à saúde do trabalhador, de modo a orientar as intervenções de vigilância, a organização das ações em saúde do trabalhador, além de subsidiar os programas de capacitação, de acompanhamento e de avaliação;
- Implementação da emissão de laudos e relatórios circunstanciados sobre os agravos relacionados com o trabalho ou limitações (seqüelas) dele resultantes;
- Criação de mecanismos para o controle da qualidade das ações em saúde do trabalhador desenvolvidas pelos Municípios, conforme procedimentos de avaliação definidos em conjunto com os gestores do SUS;
- Instituição e operacionalização das referências em saúde do trabalhador, capazes de dar suporte técnico especializado para o estabelecimento da relação do agravo com o trabalho, a confirmação diagnóstica, o tratamento, a recuperação e a reabilitação da saúde;
- Apoio à realização sistemática de ações de vigilância nos ambientes e processos de trabalho, compreendendo o levantamento e análise de informações, a inspeção sanitária nos locais de trabalho, a identificação e avaliação de situações de risco, a elaboração de relatórios, a aplicação de procedimentos administrativos e a investigação epidemiológica;
- Instituição e manutenção do cadastro atualizado de empresas classificadas nas atividades econômicas desenvolvidas no Município, com indicação dos fatores de risco que possam ser gerados para o contingente populacional direta ou indiretamente a eles expostos;
- Promoção de ações em Saúde do Trabalhador articuladas localmente com outros setores e instituições que possuem interfaces com a Área, tais como a Previdência Social, Ministério do Trabalho e Emprego, Sindicatos, entre outros;
- Elaboração e disponibilização da regulamentação e dos instrumentos de gestão, no âmbito regional e municipal, necessários à operacionalização da atenção à Saúde do Trabalhador;
- Pactuação com os gestores regionais e municipais das ações de atenção integral à Saúde do Trabalhador.

ANEXO 2 DO ANEXO X

ATRIBUIÇÕES E AÇÕES DESENVOLVIDAS PELOS CENTROS DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR
(Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Anexo 2)

ATRIBUIÇÕES E AÇÕES DESENVOLVIDAS PELOS CENTROS DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR

Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador devem ser compreendidos como pólos irradiadores, no âmbito de um determinado território, da cultura especializada subentendida na relação processo de trabalho/processo saúde/doença, assumindo a função de suporte técnico e científico, deste campo do conhecimento. Suas atividades só fazem sentido se articuladas aos demais serviços da rede do SUS, orientando-os e fornecendo retaguarda nas suas práticas, de forma que os agravos à saúde relacionados ao trabalho possam ser atendidos em todos os níveis de atenção do SUS, de forma integral e hierarquizada. Em nenhuma hipótese, os CEREST poderão assumir atividades que o caracterizem como porta de entrada do sistema de atenção.

Este suporte deve ainda se traduzir pela função de supervisão da rede de serviços do SUS, além de concretizar-se em práticas conjuntas de intervenção especializada, incluindo a vigilância e a formação de recursos humanos.

Estruturação da Assistência de Alta e Média Complexidade:

Os CEREST Estaduais e Regionais desempenharão um papel na execução, organização e estruturação da assistência de média e alta complexidade, relacionados com os problemas e agravos à saúde apresentados abaixo:

- Câncer ocupacional
- Agravos produzidos pelos campos eletromagnéticos
- Problemas de saúde provocados pela radiação ionizante
- Transtornos da auto-imunidade
- Mutagenicidade e teratogenicidade
- Asbestose (exposição ao amianto)
- Problemas relacionados com o trabalho em turnos
- Alterações neuro-fisiológicas relacionadas ao trabalho
- Transtornos mentais condicionados pela organização do trabalho
- Agravos produzidos pela exposição ao calor excessivo
- Agravos provocados pela exposição a agentes biológicos: vírus, bactérias, fungos entre outros.
- Intoxicação crônica por metais pesados
- Exposição crônica aos solventes orgânicos
- Agravos produzidos por agrotóxicos
- Dermatoses ocupacionais
- Efeitos auditivos e não auditivos produzidos pelo ruído
- Pneumoconioses
- LER/DORT

Deve ficar claro que esta relação não contempla o conjunto dos problemas de saúde relacionados ao trabalho. Uma relação mais completa das Doenças Relacionadas ao Trabalho consta da Portaria GM/MS Nº 1339, de 18 de novembro de 1999.

Estruturação do Suporte Técnico e do Processo de Qualificação de Recursos Humanos da rede de serviços do SUS:

Serão criados dois tipos de CEREST - os CEREST Estaduais e Regionais - definidos por ordem crescente de porte, complexidade e de abrangência populacional. As atribuições destes Centros são distintas, conforme se apresenta abaixo:

CEREST Estaduais:

• Desenvolver estudos e pesquisas na área de saúde do trabalhador e do meio ambiente, atuando em conjunto com outras unidades e instituições, públicas ou privadas, de ensino e pesquisa ou que atuem em áreas afins à saúde e ao trabalho.

• Promover programas de formação, especialização e qualificação de recursos humanos na área de saúde do trabalhador.

• Dar suporte técnico para o aperfeiçoamento de práticas assistenciais interdisciplinares em saúde do trabalhador, organizada na forma de projetos de intervenção.

• Propor normas relativas a diagnóstico, tratamento e reabilitação de pacientes portadores de agravos à saúde decorrentes do trabalho; promoção de eventos técnicos, elaboração de protocolos clínicos e manuais.

• Atuar em articulação com os Centros de Vigilância Sanitária e Epidemiológica e com unidades e órgãos afins, nas atividades de normatização relativas à prevenção de agravos à saúde decorrentes do trabalho e de vigilância sanitária e epidemiológica em saúde do trabalhador.

• Promover, em conjunto com os órgãos competentes dos municípios, a definição de critérios de:

• Avaliação para controle da qualidade das ações de saúde do trabalhador desenvolvidas no âmbito municipal;

• Referência e contra-referência e outras medidas que assegurem o pleno desenvolvimento das ações de assistência e vigilância em saúde do trabalhador e do meio ambiente;

• Cooperação técnica para o desenvolvimento das ações e pesquisas em saúde do trabalhador e do meio ambiente;

• Produzir informações para subsidiar proposições de políticas na área de saúde do trabalhador.

• Desenvolver programas de educação em saúde sobre questões da relação saúde-trabalho para a população em geral.

• Promover o intercâmbio técnico-científico com instituições nacionais, internacionais e estrangeiras.

• Em conjunto com os gestores estaduais, coordenar o processo de preparação, organização e operacionalização do Programa Estadual de Qualificação Pessoal em Saúde do Trabalhador, estabelecido nesta portaria.

• Em conjunto com os gestores estaduais, coordenar o Programa de Acompanhamento e Avaliação da implantação da RENAST.

• Em conjunto com os gestores estaduais, participar do processo de elaboração, implantação e operacionalização do Plano Estadual de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador junto aos municípios, nas diversas regiões do estado.

• Prestar suporte técnico para os municípios executarem a pactuação regional, afim de garantir, em toda a área do estado, o atendimento aos casos de doenças relacionadas ao trabalho.

• Participar, no âmbito de cada estado, do treinamento e capacitação de profissionais relacionados com o desenvolvimento de ações no campo da saúde do trabalhador, em todos os níveis de atenção: Vigilância em Saúde, PSF, Unidades Básicas, Ambulatórios, Pronto-Socorros, Hospitais Gerais e Especializados.

CEREST Regionais:

• Suporte técnico especializado para a rede de serviços do SUS efetuar o atendimento, de forma integral e hierarquizada, aos casos suspeitos de Doenças Relacionadas ao Trabalho, para estabelecer a relação causal entre o quadro clínico e o trabalho.

• Suporte técnico especializado para a rede de serviços do SUS efetuar o diagnóstico e o tratamento das Doenças Relacionadas ao Trabalho, o que inclui a realização de exames complementares, podendo incluir vistorias sanitárias aos locais de trabalho.

• Suporte técnico especializado para a rede de serviços do SUS efetuar o registro, notificação e relatórios sobre os casos atendidos e o encaminhamento destas informações aos órgãos competentes visando ações de vigilância e proteção à saúde.

• Suporte técnico às ações de vigilância, de média e alta complexidade, a ambientes de trabalho, de forma integrada às equipes e serviços de vigilância municipal e/ou estadual.

• Retaguarda técnica aos serviços de vigilância epidemiológica para o processamento e análise de indicadores de agravos à saúde relacionados com o trabalho, em sua área de abrangência.

• Ações de promoção à Saúde do Trabalhador, incluindo ações integradas com outros setores e instituições, tais como Ministério do Trabalho, Previdência Social, Ministério Público, entre outros.

• Participar, no âmbito do seu território de abrangência, do treinamento e capacitação de profissionais relacionados com o desenvolvimento de ações no campo da saúde do trabalhador, em todos os níveis de atenção: PSF, Unidades Básicas, Ambulatórios, Pronto-Socorros, Hospitais Gerais e Especializados.

Recursos Humanos dos CEREST - Estadual e Regional:

Os recursos humanos dispostos em cada Equipe dos CEREST deverão ser dimensionados e pactuados na Comissão Intergestores Bipartite, tendo como parâmetros mínimos de composição, considerando carga horária mínima de 20 horas:

Modalidade	Dimensão da Equipe Mínima	Recursos Humanos Mínimos
CEREST Regional a	8	Pelo menos 2 médicos e 1 enfermeiro com formação em saúde do trabalhador, 1 auxiliar de enfermagem, 1 profissional de nível médio (*) e 3 profissionais de nível superior (**).
CEREST Regional b	10	Equipe do CEREST Regional a + 1 profissional de nível superior, 1 profissionais de nível médio.
CEREST Regional c	15	Equipe do CEREST Regional b + 2 profissionais de nível superior, 2 profissionais de nível médio.
CEREST Estadual a	10	2 médicos e 1 enfermeiro com formação em saúde do trabalhador, 1 auxiliar de enfermagem, 3 profissionais de nível médio, 5 profissionais de nível superior.
CEREST Estadual b	15	Equipe do CEREST Estadual a + 2 profissionais de nível médio, 2 profissionais de nível superior.
CEREST Estadual c	20	Equipe do CEREST Estadual b + 2 profissionais de nível médio, 1 profissional de nível superior.

(*) - Profissional de nível médio, com capacitação em saúde do trabalhador: auxiliar de enfermagem, técnico de higiene e segurança do trabalho, auxiliar administrativo, arquivistas.

(**) - Profissional de nível superior, com formação em saúde do trabalhador: médicos generalistas, médico do trabalho, médicos especialistas, sanitaristas, engenheiro, enfermeiro, psicólogo, assistente social, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, sociólogo, ecólogo, biólogo, terapeuta ocupacional, advogado.

ANEXO 3 DO ANEXO X

TABELAS DE DISTRIBUIÇÃO DOS CENTROS DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Anexo 3)

Tabelas de Distribuição dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador

Tabela 1 - DISTRIBUIÇÃO CONSOLIDADA DOS CENTROS DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR - ESTADUAIS E REGIONAIS

Regiões/Estados	População	CEREST Regional a	CEREST Regional b	CEREST Regional c	CEREST Estadual a	CEREST Estadual b	CEREST Estadual c	Total
NORTE	13.504.612	3	1	-	5	-	2	11
Rondônia	1.431.776	-	-	-	1	-	-	1
Acre	586.945	-	-	-	1	-	-	1
Amazonas	2.961.804	-	-	-	-	-	1	1
Roraima	346.866	-	-	-	1	-	-	1
Amapá	516.514	-	-	-	1	-	-	1
Pará	6.453.699	3	1	-	-	-	1	5
Tocantins	1.207.008	-	-	-	1	-	-	1
NORDESTE	48.845.219	15	3	-	1	5	3	27
Maranhão	5.803.283	1	-	-	-	1	-	2
Piauí	2.898.191	-	-	-	-	1	-	1
Ceará	7.654.540	3	-	-	-	-	1	4
R.G. Norte	2.852.800	1	-	-	-	1	-	2
Paraíba	3.494.965	1	-	-	-	1	-	2
Pernambuco	8.084.722	3	1	-	-	-	1	5
Alagoas	2.887.526	-	-	-	-	1	-	1
Sergipe	1.846.042	-	-	-	1	-	-	1
Bahia	13.323.150	6	2	-	-	-	1	9
SUDESTE	74.447.443	20	28	11	1	-	3	63
Espírito Santo	3.201.712	3	-	-	1	-	-	4
Minas Gerais	18.343.518	7	5	-	-	-	1	13
Rio de Janeiro	14.724.479	4	2	4	-	-	1	11
São Paulo	38.177.734	6	21	7	-	-	1	35
SUL	25.734.111	11	7	1	1	-	2	21
Paraná	9.797.965	5	1	-	-	-	1	7
Santa Catarina	5.527.718	1	1	-	1	-	-	3

R.G.do Sul	10.408.428	5	5	1	-	-	1	12
CENTRO-OESTE	12.101.547	3	-	-	-	2	2	7
Mato Grosso	2.000.000	1	-	-	-	1	-	2
M. G. do Sul	2.140.620	-	-	-	-	1	-	1
Goiás	7.000.000	2	-	-	-	-	1	3
Distrito Federal	2.097.447	-	-	-	-	-	1	2
TOTAL	174.632.932	52	39	12	8	7	12	130

Tabela 2 - DISTRIBUIÇÃO DOS CENTROS ESTADUAIS DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR NAS CAPITAIS

Regiões/Estados	Capitais	População	CEREST a	CEREST b	CEREST c	T o t a l
NORTE	-	4.008.915	5	-	2	7
Rondônia	Porto Velho	342.264	1	-	-	1
Acre	Rio Branco	261.430	1	-	-	1
Amazonas	Manaus	1.451.958	-	-	1	1
Roraima	Boa Vista	208.514	1	-	-	1
Amapá	Macapá	295.898	1	-	-	1
Pará	Belém	1.304.314	-	-	1	1
Tocantins	Palmas	144.546	1	-	-	1
NORDESTE	Capitais	10.932.137	1	5	3	9
Maranhão	São Luís	889.129	-	1	-	1
Piauí	Teresina	728.881	-	1	-	1
Ceará	Fortaleza	2.183.612	-	-	1	1
R.G. Norte	Natal	722.144	-	1	-	1
Paraíba	João Pessoa	607.441	-	1	-	1
Pernambuco	Recife	1.437.190	-	-	1	1
Alagoas	Maceió	817.444	-	1	-	1
Sergipe	Aracaju	468.297	1	-	-	1
Bahia	Salvador	2.485.702	-	-	1	1
SUDESTE	Capitais	28.163.324	1	-	3	4
Espírito Santo	Vitória	296.012	1	-	-	1
Minas Gerais	Belo Horizonte	2.258.857	-	-	1	1
Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	5.897.485	-	-	1	1
São Paulo	São Paulo	10.499.133	-	-	1	1
SUL	Capitais	3.345.933	1	-	2	3
Paraná	Curitiba	1.620.219	-	-	1	1
Santa Catarina	Florianópolis	352.401	1	-	-	1
R.G.do Sul	Porto Alegre	1.373.313	-	-	1	1
CENTRO-OESTE	Capitais	2.283.797	-	2	2	4
Mato Grosso	Cuiabá	492.894	-	1	-	1
M. G. do Sul	Campo Grande	679.281	-	1	-	1
Goiás	Goiânia	1.111.622	-	-	1	1
Distrito Federal	Brasília	2.097.447	-	-	1	1
TOTAL	Capitais	48.734.106	8	7	12	27

ANEXO 4 DO ANEXO X
DISTRIBUIÇÃO DOS CENTROS DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR (Origem: PRT MS/GM 2978/2011, Anexo 1)

DISTRIBUIÇÃO DOS CENTROS DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR

REGIOES/ESTADOS/DF	Número de novos CEREST	TOTAL
NORTE	2	21
Rondônia	1	3
Acre		1*
Amazonas		3
Roraima	1	3
Amapá		2
Pará		6*
Tocantins		3
NORDESTE	2	58
Maranhão		5
Piauí	1	5
Ceará	1	9
Rio Grande do Norte		4
Paraíba		4
Pernambuco		9
Alagoas		4
Sergipe		3
Bahia		15
SUDESTE	1	83
Espírito Santo		5
Minas Gerais	1	20
Rio de Janeiro		16

São Paulo		42
SUL		29
Paraná		10
Santa Catarina		7
Rio Grande do Sul		12
CENTRO-OESTE	5	19
Mato Grosso	2	5
Mato Grosso do Sul	1	4
Goiás	2	7
Distrito Federal		3
TOTAL	10**	210

(*) Dentro do número de CEREST cuja implantação já estava autorizada desde a Portaria nº 2.728/GM/MS, de 11 de novembro de 2009, o Estado do Acre perde um CEREST passível de implantação, que será recebido pelo Estado do Pará, que passa de 5 para 6 CEREST.

(**) A ampliação por Estados dar-se-á mediante os pleitos pactuado nas CIBs, aprovados pelo Ministério da Saúde, com enfoque nas necessidades de atenção à população do campo e da floresta.

ANEXO 5 DO ANEXO X
FUNÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NA GESTÃO DA RENAST (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Anexo 1)

Funções do Ministério da Saúde na gestão da RENAST

O Ministério da Saúde, na gestão nacional da RENAST, deve atuar na definição das diretrizes, na regulação e pactuação das ações e no apoio político, financeiro e técnico, com as seguintes incumbências:

- I - elaborar a Política Nacional de Saúde do Trabalhador para o SUS, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) e pactuada pela CIT;
- II - coordenar a RENAST com a participação das esferas estaduais e municipais de gestão do SUS;
- III - elaboração de projetos de lei e normas técnicas pertinentes à área, com a participação de outros atores sociais como entidades representativas dos trabalhadores, universidades e organizações não-governamentais;
- IV - inserir as ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica, Urgência/Emergência, Rede Hospitalar, Vigilância Sanitária, Epidemiológica e Ambiental;
- V - assessorar os Estados na realização de ações de alta complexidade, quando solicitados;
- VI - definir acordos e cooperação técnica com instituições afins com a Saúde do Trabalhador para capacitação e apoio à pesquisa na área;
- VII - definir rede de laboratórios de análises químicas e toxicológicas como referências regionais ou estaduais;
- VIII - definir a Rede Sentinela e os Municípios Sentinela em Saúde do Trabalhador no âmbito nacional;
- IX - definir o financiamento federal para as ações de Saúde do Trabalhador, garantindo repasses regulares fundo a fundo;
- X - realizar estudos e pesquisas definidos a partir de critérios de prioridade, considerando a aplicação estratégica dos recursos e conforme a demanda social; e
- XI - promover a articulação intersetorial com os Ministérios do Trabalho e Emprego, da Previdência Social, do Meio Ambiente e outros, com vistas a fortalecer o modelo de atenção integral a saúde dos trabalhadores.

ANEXO 6 DO ANEXO X
FUNÇÕES DAS SECRETARIAS DE SAÚDE ESTADUAIS E DO DISTRITO FEDERAL NA GESTÃO DA RENAST (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Anexo 2)

Funções das Secretarias de Saúde Estaduais e do Distrito Federal na gestão da RENAST

As Secretarias de Saúde Estaduais e do Distrito Federal devem definir diretrizes, regular e pactuar ações de Saúde do Trabalhador no seu âmbito respectivo e, quando necessário, atuar de forma integrada ou complementar aos Municípios e aos serviços de referências regionais, na qualidade de instância gestora, técnica e política da área de saúde do Trabalhador na região, com as seguintes competências:

- I - elaborar a Política de Saúde do Trabalhador, definir o financiamento, pactuar n a CIB e submeter à aprovação do Conselho de Saúde, em seu âmbito respectivo;
- II - conduzir as negociações nas instâncias do SUS no sentido de inserir as ações e indicadores de Saúde do Trabalhador no Plano de Saúde e na Programação Anual de Saúde, bem como seu financiamento no seu âmbito respectivo;
- III - contribuir na elaboração de projetos de lei e normas técnicas pertinentes à área, com outros atores sociais como entidades representativas dos trabalhadores, universidades e organizações não-governamentais;
- IV - inserir as ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica, Urgência/Emergência e Rede Hospitalar, por meio da definição de protocolos, estabelecimento de linhas de cuidado e outros instrumentos que favoreçam a integralidade;
- V - executar ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental voltadas à Saúde do Trabalhador no seu âmbito respectivo;
- VI - implementar as ações de atenção de média e alta complexidade, definidas em conjunto com a CIB;
- VII - assessorar os CERESTs, os serviços e as instâncias regionais e municipais na realização de ações de Saúde do Trabalhador, no seu âmbito respectivo;
- VIII - definir e executar projetos especiais em questões de interesse próprio com repercussão local, em conjunto com as equipes municipais, quando e onde couber;
- IX - realizar estudos e pesquisas definidos a partir de critérios de prioridade, considerando a aplicação estratégica dos recursos e conforme a demanda social;
- X - articular e capacitar, em parceria com os Municípios e com os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, os profissionais de saúde do SUS, em especial as equipes dos centros regionais, da atenção básica e de outras vigilâncias e manter a educação continuada e a supervisão em serviço, respeitadas as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde;
- XI - implementar estratégias de comunicação e de educação permanente em saúde dirigidas à sociedade em geral, aos trabalhadores e a seus representantes, aos profissionais de saúde e às autoridades públicas;

- XII - estabelecer e definir fluxo de trabalho integrado com a rede de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, incluindo, entre outros, exames radiológicos, de anatomia patológica, de patologia clínica, de toxicologia e retaguarda de reabilitação;
- XIII - estabelecer e definir fluxo de trabalho integrado com a rede de laboratórios de análises para avaliações de amostras de contaminantes ambientais e produtos de interesse à Saúde do Trabalhador;
- XIV - pactuar na CIB a Rede Sentinela e os Municípios Sentinela em Saúde do Trabalhador no seu âmbito respectivo;
- XV - propor as linhas de cuidado para todos os agravos de notificação compulsória dispostos na Portaria nº 777/GM, de 28 de abril de 2004, a ser seguidas para a atenção integral dos trabalhadores usuários do SUS, a ser aprovada pela CIB;
- XVI - propor os fluxos de referência e contra-referência de cada linha de cuidado de atenção integral à Saúde do Trabalhador, a ser aprovado na CIB;
- XVII - propor normas relativas a diagnóstico, tratamento e reabilitação de pacientes portadores de agravos à saúde decorrentes do trabalho, a ser aprovada na CIB; e
- XVIII - participar nas instâncias de definições políticas de desenvolvimento econômico e social junto às demais Secretarias do Estado e Distrito Federal.

ANEXO 7 DO ANEXO X
FUNÇÕES DAS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE NA GESTÃO DA RENAST (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Anexo 3)

Funções das Secretarias Municipais de Saúde na gestão da RENAST

- As Secretarias Municipais de Saúde devem definir diretrizes, regular, pactuar e executar as ações de Saúde do Trabalhador no âmbito do respectivo Município, de forma pactuada regionalmente, com as seguintes competências:
- I - realizar a pactuação, o planejamento e a hierarquização de suas ações, que devem ser organizadas em seu território a partir da identificação de problemas e prioridades, e incluídas no Plano Municipal de Saúde;
- II - atuar e orientar no desenvolvimento de protocolos de investigação e de pesquisa clínica e de intervenção, juntamente ou não, com as universidades ou órgãos governamentais locais ou da rede do SUS;
- III - articular com outros Municípios quando da identificação de problemas e prioridades comuns;
- IV - informar a sociedade, em especial os trabalhadores, as CIPAs e os respectivos sindicatos sobre os riscos e danos à saúde no exercício da atividade laborativa e nos ambientes de trabalho;
- V - capacitar, em parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde e com os CERESTs, os profissionais e as equipes de saúde para identificar e atuar nas situações de riscos à saúde relacionados ao trabalho, assim como para o diagnóstico dos agravos à saúde relacionados com o trabalho, respeitadas as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.
- VI - inserir as ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica, Urgência/Emergência e Rede Hospitalar, por meio da definição de protocolos, estabelecimento de linhas de cuidado e outros instrumentos que favoreçam a integralidade;
- VII - executar ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental;
- VIII - definir a Rede Sentinela em Saúde do Trabalhador no âmbito do Município;
- IX - tornar público o desenvolvimento e os resultados das ações de vigilância em Saúde do Trabalhador, sobretudo as inspeções sanitárias nos ambientes de trabalho e sobre os processos produtivos para garantir a transparência na condução dos processos administrativos no âmbito do direito sanitário;
- X - estabelecer e definir fluxo de trabalho integrado com a rede de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, incluindo, entre outros, exames radiológicos, de anatomia patológica, de patologia clínica, de toxicologia e retaguarda de reabilitação;
- XI - propor os fluxos de referência e contrarreferência de cada linha de cuidado de atenção integral à Saúde do Trabalhador, a ser aprovado no nível municipal;
- XII - realizar estudos e pesquisas definidos a partir de critérios de prioridade, considerando a aplicação estratégica dos recursos e conforme a demanda social; e
- XIII - participar nas instâncias de definições políticas de desenvolvimento econômico e social junto às demais Secretarias do Município.

ANEXO 8 DO ANEXO X
DISTRIBUIÇÃO DOS CENTROS DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Anexo 4)

DISTRIBUIÇÃO DOS CENTROS DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR

REGIOES/ESTADOS/DF	Número de novos CEREST	TOTAL
NORTE	2	21
Rondônia	1	3
Acre		1*
Amazonas		3
Roraima	1	3
Amapá		2
Pará		6*
Tocantins		3
NORDESTE	2	58
Maranhão		5
Piauí	1	5
Ceará	1	9
Rio Grande do Norte		4
Paraíba		4
Pernambuco		9
Alagoas		4
Sergipe		3
Bahia		15
SUDESTE	1	83

Espírito Santo		5
Minas Gerais	1	20
Rio de Janeiro		16
São Paulo		42
SUL		29
Paraná		10
Santa Catarina		7
Rio Grande do Sul		12
CENTRO-OESTE	5	19
Mato Grosso	2	5
Mato Grosso do Sul	1	4
Goiás	2	7
Distrito Federal		3
TOTAL	10**	210

ANEXO XI

Rede Brasileira de Centros e Serviços de Informação sobre Medicamentos (REBRACIM) (Origem: PRT MS/GM 2647/2013)

CAPÍTULO I**DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

(Origem: PRT MS/GM 2647/2013, CAPÍTULO I)

Art. 1º Fica instituída a Rede Brasileira de Centros e Serviços de Informação sobre Medicamentos (REBRACIM). (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 1º)

Art. 2º A REBRACIM é uma rede de centros colaboradores no País voltada para execução de serviços e atividades direcionadas à produção e à difusão de informação sobre medicamentos, visando ao uso racional dessas tecnologias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 2º)

Parágrafo Único. Para os fins deste Anexo, entende-se por informação sobre medicamento a provisão de informação imparcial, bem referenciada e criticamente avaliada sobre qualquer aspecto referente aos medicamentos, considerando-se: (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 2º, Parágrafo Único)

I - indicação de uso; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 2º, Parágrafo Único, I)

II - posologia; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 2º, Parágrafo Único, II)

III - administração ou modo de uso; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 2º, Parágrafo Único, III)

IV - farmacologia geral; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 2º, Parágrafo Único, IV)

V - farmacocinética e farmacodinâmica; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 2º, Parágrafo Único, V)

VI - reconstituição, diluição e estabilidade e compatibilidade físico-química; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 2º, Parágrafo Único, VI)

VII - reações adversas; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 2º, Parágrafo Único, VII)

VIII - interações medicamentosas e alimentares; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 2º, Parágrafo Único, VIII)

IX - teratogenicidade; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 2º, Parágrafo Único, IX)

X - farmacoterapia de eleição; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 2º, Parágrafo Único, X)

XI - conservação e armazenamento; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 2º, Parágrafo Único, XI)

XII - toxicologia; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 2º, Parágrafo Único, XII)

XIII - disponibilidade no mercado; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 2º, Parágrafo Único, XIII)

XIV - farmacotécnica; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 2º, Parágrafo Único, XIV)

XV - legislação; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 2º, Parágrafo Único, XV)

XVI - eficácia; e (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 2º, Parágrafo Único, XVI)

XVII - segurança, tais como precauções, contraindicações, reações adversas e erros de medicação. (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 2º, Parágrafo Único, XVII)

Art. 3º A REBRACIM adotará os princípios da Política Nacional de Medicamentos e da Assistência Farmacêutica, visando à promoção do uso racional de medicamentos entre profissionais de saúde e usuários do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 3º)

Art. 4º São objetivos da REBRACIM: (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 4º)

I - prestar informações sobre medicamentos aos profissionais de saúde, usuários e gestores do SUS, como forma de subsidiar, tecnicamente, o processo de atenção à saúde prestada ao paciente, aumentando a segurança e a qualidade do serviço; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 4º, I)

II - subsidiar as Comissões de Farmácia e Terapêutica (CFT) dos serviços de saúde municipais, distrital e estaduais nas demandas de informação sobre medicamentos para elaboração das respectivas relações de medicamentos essenciais, formulários terapêuticos e protocolos clínicos, além de dar suporte à Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC) no que se refere à seleção de informação para subsidiar as suas decisões; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 4º, II)

III - produzir, divulgar e disseminar materiais informativos sobre medicamentos; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 4º, III)

IV - promover a educação continuada de profissionais de saúde acerca da informação sobre medicamentos; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 4º, IV)

V - trabalhar de forma articulada com as Instituições de Ensino Superior para formação de profissionais para o serviço de informação sobre medicamentos; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 4º, V)

VI - fortalecer a temática da informação sobre medicamentos para o uso racional nos currículos de graduação e pós-graduação da área de saúde; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 4º, VI)

VII - promover a articulação intersetorial para o fomento de projetos de pesquisa em estudos de utilização de medicamentos; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 4º, VII)

VIII - contribuir com o Sistema Nacional de Farmacovigilância e com o Programa Nacional de Segurança do Paciente no tocante à segurança na utilização de medicamentos; e (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 4º, VIII)

IX - fomentar a participação da sociedade nas ações de vigilância e atenção à saúde, voltadas para a informação sobre medicamentos, por meio de ações que incluem o apoio ao controle social, à educação popular e à mobilização social. (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 4º, IX)

CAPÍTULO II **DA COMPOSIÇÃO E ORGANIZAÇÃO** (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, CAPÍTULO II)

Art. 5º A REBRACIM é uma iniciativa de caráter técnico científico, com natureza e fins não lucrativos, dedicada à promoção do uso racional de medicamentos, constituída pelos Centros e Serviços de Informação sobre Medicamentos em funcionamento no Brasil. (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 5º)

Art. 6º A REBRACIM será composta por: (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 6º)

I - Comitê Gestor; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 6º, I)

II - Grupos Executivos; e (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 6º, II)

III - Secretaria Técnica. (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 6º, III)

Seção I **Do Comitê Gestor** (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, CAPÍTULO II, Seção I)

Art. 7º O Comitê Gestor da REBRACIM é constituído por um representante de cada um dos seguintes órgãos e entidades: (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 7º)

I - do Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 7º, I)

a) DAF/SCTIE/MS, que o coordenará; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 7º, I, a)

b) Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT/SCTIE/MS); e (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 7º, I, b)

c) Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (DGITS/SCTIE/MS). (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 7º, I, c)

II - Comitê Nacional Para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos (CNPURM); e (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 7º, II)

III - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 7º, III)

§ 1º Cada representante titular terá um suplente, que o substituirá em seus impedimentos eventuais ou permanentes. (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 7º, § 1º)

§ 2º Os representantes, titulares e suplentes, serão indicados pelos dirigentes de seus respectivos órgãos e entidades ao Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde no prazo de 15 (quinze) dias contado da data de publicação da Portaria nº 2647/GM/MS, de 04 de novembro de 2013. (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 7º, § 2º)

Art. 8º Fica assegurada a participação no Comitê Gestor da REBRACIM de um representante das seguintes entidades e instâncias: (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 8º)

I - Unidade de Medicamentos e Tecnologia da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS); (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 8º, I)

II - Associação Brasileira de Ensino Farmacêutico (ABENFAR); (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 8º, II)

III - Associação Brasileira de Centros de Informação Toxicológica (ABRACIT); (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 8º, III)

IV - Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar (SBRAFH); (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 8º, IV)

V - Conselho Federal de Farmácia (CFF); e (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 8º, V)

VI - Coordenação dos Grupos Executivos da REBRACIM. (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 8º, VI)

§ 1º Cada representante titular terá um suplente, que o substituirá em seus impedimentos eventuais ou permanentes. (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 8º, § 1º)

§ 2º A participação de cada uma das entidades e instâncias de que trata o "caput" será formalizada após resposta a convite a eles encaminhado pelo Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 8º, § 2º)

§ 3º Os representantes titulares e suplentes das entidades de que tratam os incisos I a V do "caput" serão indicados pelos seus dirigentes máximos ao Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde no prazo de 15 (quinze) dias contado do recebimento do respectivo convite. (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 8º, § 3º)

§ 4º Os representantes da Coordenação dos Grupos Executivos da REBRACIM serão definidos nos termos do regimento interno da REBRACIM. (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 8º, § 4º)

Art. 9º Ao Comitê Gestor da REBRACIM compete: (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 9º)

I - elaborar e propor alterações do regimento interno da REBRACIM; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 9º, I)

II - estabelecer eixos prioritários relacionados à promoção do uso racional de medicamentos, que apoiem a implementação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 9º, II)

III - planejar as ações e atividades da REBRACIM; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 9º, III)

IV - elaborar o plano de trabalho anual da REBRACIM; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 9º, IV)

V - apoiar a produção e a disseminação de material técnico e educativo sobre o uso racional de medicamentos no âmbito do SUS; e (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 9º, V)

VI - propor a criação de Grupos Executivos, além dos já definidos neste Anexo, e de Grupos de Trabalho sempre que necessários ao cumprimento das finalidades da REBRACIM. (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 9º, VI)

Art. 10. O Comitê Gestor da REBRACIM poderá convidar representantes de órgãos e entidades, públicas e privadas, bem como especialistas em assuntos ligados ao tema, cuja presença seja considerada necessária ao cumprimento do disposto neste Anexo. (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 10)

Seção II **Dos Grupos Executivos** (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, CAPÍTULO II, Seção II)

Art. 11. A REBRACIM é composta pelos seguintes Grupos Executivos, de caráter permanente: (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 11)

I - Grupo Executivo de Gestão da informação; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 11, I)

II - Grupo Executivo de Educação para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos; e (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 11, II)

III - Grupo Executivo de Ensino e Pesquisa. (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 11, III)

§ 1º Os objetivos, metas, representantes e os coordenadores dos Grupos Executivos de que trata o "caput" serão definidos no regimento interno da REBRACIM. (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 11, § 1º)

§ 2º O Comitê Gestor poderá propor ao Ministro de Estado da Saúde, após aprovação pelo Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, a criação de Grupos Executivos de caráter temporário e Grupos de Trabalho, sempre que necessário ao cumprimento das finalidades da REBRACIM. (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 11, § 2º)

Seção III

Da Secretaria Técnica

(Origem: PRT MS/GM 2647/2013, CAPÍTULO II, Seção III)

Art. 12. O DAF/SCITE/MS exercerá a função de Secretaria Técnica da REBRACIM, com as seguintes competências: (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 12)

I - apoiar as atividades dos Grupos Executivos e Grupos de Trabalho; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 12, I)

II - praticar os atos de gestão administrativa necessários ao desenvolvimento das atividades da REBRACIM; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 12, II)

III - sistematizar as informações relativas às atividades da REBRACIM; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 12, III)

IV - gerenciar o endereço eletrônico da REBRACIM e demais meios de comunicação da rede; e (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 12, IV)

V - promover o apoio técnico aos Centros e Serviços de Informação sobre Medicamentos, assegurando a qualidade dos serviços. (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 12, V)

CAPÍTULO III

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

(Origem: PRT MS/GM 2647/2013, CAPÍTULO III)

Art. 13. As funções exercidas pelos membros e participantes da REBRACIM não serão remuneradas e serão consideradas de relevante interesse público. (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 13)

Art. 14. As despesas decorrentes do disposto neste Anexo correrão à conta das dotações orçamentárias da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 14)

Art. 15. A REBRACIM será composta inicialmente pelos membros descritos no Anexo 1 do Anexo XI. (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 15)

Art. 16. As regras de organização e funcionamento da REBRACIM serão definidas em regimento interno, a ser elaborado pelo Comitê Gestor no prazo de 180 (cento e oitenta) dias contado da data de publicação da Portaria nº 2647/GM/MS, de 04 de novembro de 2013. (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 16)

Parágrafo Único. A proposta de regimento interno e suas alterações serão submetidas à aprovação e à edição pelo Ministro de Estado da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 16, Parágrafo Único)

Art. 17. A inclusão e permanência de membros na REBRACIM dependerá do atendimento de critérios a serem estabelecidos no seu regimento interno. (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 17)

ANEXO 1 DO ANEXO XI

INSTITUIÇÕES INTEGRANTES DA REDE BRASILEIRA DE CENTROS E SERVIÇOS DE INFORMAÇÃO SOBRE MEDICAMENTOS (REBRACIM) (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Anexo 1)

INSTITUIÇÕES INTEGRANTES DA REDE BRASILEIRA DE CENTROS E SERVIÇOS DE INFORMAÇÃO SOBRE MEDICAMENTOS (REBRACIM)

1. Centro de Informações sobre Medicamentos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (RS);
2. Centro de Informações sobre Medicamentos do Rio Grande do Sul;
3. Centro de Informações sobre Medicamentos da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (RS);
4. Centro de Informação sobre Medicamentos do Complexo- Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos da Universidade Federal da Bahia (UFBA);
5. Centro de Informação sobre Medicamentos da Bahia da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia;
6. Centro de Informação de Medicamentos do Conselho Regional de Farmácia da Bahia;
7. Centro de Informação de Medicamentos da Paraíba do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba (UFPB);
8. Centro de Informações de Medicamentos da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)/Fundação Assistencial da Paraíba;
9. Centro de Informações sobre Medicamentos do Hospital Universitário Júlio Muller da Universidade Federal em Mato Grosso (UFMT);
10. Serviço de Informação e Segurança de Medicamentos do Hospital Israelita Albert Einstein;
11. Centro de Informações sobre Medicamentos da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SP);
12. Centro de Informações sobre medicamentos da Universidade Paranaense (UNIPAR) / Instituto Nossa Senhora Aparecida;
13. Centro Regional de Informação de Medicamentos da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ);
14. Centro de Apoio a Terapia Racional pela Informação de Medicamentos da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal Fluminense (UFF);
15. Centro de Informação sobre Medicamentos do Grupo de Prevenção ao Uso Indevido de Medicamentos do Departamento de Farmácia da Universidade Federal do Ceará (UFC);
16. Centro de Informação sobre Medicamentos da Prefeitura de Fortaleza (CE);
17. Centro de Estudos e Informação sobre Medicamentos da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará;

18. Serviço de Informações de Medicamentos da Amazônia do Centro Universitário do Pará (CESUPA);
19. Centro Brasileiro de Informação sobre Medicamentos do Conselho Federal de Farmácia (CFF);
20. Serviço de Informações sobre Medicamentos do Hospital Universitário de Brasília da Universidade de Brasília (UnB); >
21. Centro de Estudos do Medicamento da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG);
22. Centro de Informações sobre Medicamentos do Hospital de Clínicas de Uberlândia da Universidade Federal de Uberlândia (UFU);
23. Centro de Informações sobre Medicamentos de Santa Catarina da Universidade Vale do Itajaí (UNIVALI); e
24. Centro de Informação sobre Medicamentos do Conselho Regional de Farmácia do Paraná.

ANEXO XII

Rede de Escolas Técnicas e Centros Formadores vinculados às instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (RETSUS) (Origem: PRT MS/GM 2970/2009)

Art. 1º Ficam instituídos a Rede de Escolas Técnicas e Centros Formadores vinculados às instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (RETSUS), com os seguintes objetivos: (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 1º)

I - compartilhar informações e conhecimentos; (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 1º, I)

II - buscar soluções para problemas de interesse comum; (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 1º, II)

III - difundir metodologias e outros recursos tecnológicos destinados à melhoria das atividades de ensino, pesquisa e cooperação técnica, tendo em vista a implementação de políticas de educação profissional em saúde, prioritariamente para os trabalhadores do SUS; e (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 1º, III)

IV - promover a articulação das instituições de educação profissional em saúde no país, para ampliar sua capacidade de atuação em sintonia com as necessidades ou demandas do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 1º, IV)

Art. 2º Compõem a Rede de Escolas Técnicas do SUS as instituições relacionadas no Anexo 1 do Anexo XII - Quadro das Escolas Técnicas e Centros Formadores do SUS, que têm as seguintes características: (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 2º)

I - Quanto à gestão: (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 2º, I)

a) descentralização curricular (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 2º, I, a)

b) processo administrativo centralizado (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 2º, I, b)

c) atuação multiprofissional (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 2º, I, c)

II - Quanto ao modelo pedagógico: (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 2º, II)

a) eixo metodológico que contemple a integração ensino-serviço: (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 2º, II, a)

b) adequação do currículo ao contexto regional (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 2º, II, b)

c) utilização pedagógica dos espaços de trabalho (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 2º, II, c)

d) avaliação de desempenho com supervisão e acompanhamento pedagógico (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 2º, II, d)

e) docência exercida no campo de trabalho por profissional de nível superior qualificado pedagogicamente (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 2º, II, e)

f) princípios e diretrizes do SUS como norteadores dos planos de cursos. (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 2º, II, f)

Parágrafo Único. Poderão ser admitidas, na RETSUS, outras instituições públicas formadoras, mediante aprovação da Comissão Intergestores Bipartite, obedecendo aos seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 2º, Parágrafo Único)

I - ser pública, (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 2º, Parágrafo Único, I)

II - estar vinculada à gestão do SUS, seja com vínculo direto com a SES ou a SMS ou cogestão; (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 2º, Parágrafo Único, II)

III - ser legalmente criada, o que deve ser comprovado mediante lei ou decreto de criação da escola; (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 2º, Parágrafo Único, III)

IV - estar autorizada pelo sistema formal de ensino, o que deve ser comprovado mediante resolução do Conselho Estadual de Educação. Para se manter na Rede, a escola deverá também apresentar ato de reconhecimento, de acordo com a periodicidade determinada pela Legislação Educacional Estadual, (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 2º, Parágrafo Único, IV)

V - ser referendada pelo CGR ou CIB, segundo área de abrangência, devendo ser comprovada em ata que indique suas fontes de financiamento, (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 2º, Parágrafo Único, V)

VI - ter como eixo orientador do projeto político-pedagógico os princípios do SUS, tomando por base a integração ensino-serviço-comunidade; (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 2º, Parágrafo Único, VI)

VII - comprovar, pelo Regimento Interno, possuir as características inerentes às Escolas Técnicas do SUS - RETSUS. (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 2º, Parágrafo Único, VII)

Art. 3º O funcionamento da RETSUS contará com a seguinte estrutura: (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 3º)

I - Comissão Geral de Coordenação que fará a condução político-administrativa da RETSUS, inclusive com a aprovação e o acompanhamento de seu Plano de Trabalho Anual; e (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 3º, I)

II - Secretaria Técnica, indicada pela Comissão Geral de Coordenação, fará o apoio técnico e administrativo para o funcionamento da RETSUS, inclusive para a elaboração e implementação de seu Plano Anual de Trabalho. (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 3º, II)

§ 1º A Comissão Geral de Coordenação da RETSUS será constituída por um representante, titular e suplente, dos seguintes órgãos e instituições: (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 3º, § 1º)

I - Coordenação-Geral de Ações Técnicas em Educação na Saúde do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde (MS); (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 3º, § 1º, I)

II - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 3º, § 1º, II)

III - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 3º, § 1º, III)

IV - Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS/Representação do Brasil, e, (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 3º, § 1º, IV)

V - Representante das Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) de cada uma das cinco regiões brasileiras; (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 3º, § 1º, V)

§ 2º A Coordenação-Geral de Ações Técnicas em Educação na Saúde do DEGES/SGTES/MS coordenará a Comissão Geral de Coordenação da RETSUS. (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 3º, § 2º)

Art. 4º O Ministério da Saúde, por intermédio da Coordenação-Geral de Ações Técnicas em Educação na Saúde do DEGES/SGTES/MS, bem como os Estados e os Municípios que possuem ETSUS na sua estrutura organizacional, apoiarão a RETSUS com recursos técnicos e financeiros necessários para a efetiva execução do Plano de Trabalho Anual. (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 4º)

Parágrafo Único. A OPAS contribuirá para a execução do Plano de Trabalho acima referido, conforme o estabelecido na programação de cooperação técnica da Representação do Brasil. (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 4º, Parágrafo Único)

ANEXO 1 DO ANEXO XII

QUADRO DAS ESCOLAS TÉCNICAS E CENTROS FORMADORES DO SUS (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Anexo 1)

Quadro das Escolas Técnicas e Centros Formadores do SUS.

AC Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha

AL Escola Técnica de Saúde Profª Valéria Hora

AM Escola de Formação Profissional Enfermeira Sanitarista Francisca Saavedra

BA Escola de Formação Técnica em Saúde Prof. Jorge Novis

CE Escola de Saúde Pública do Ceará

CE Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia;

CE Escola de Saúde Pública de Iguatú

DF Escola Técnica de Saúde de Brasília

ES Núcleo de Educação e Formação em Saúde

ES Escola Técnica Professora Ângela Maria Campos da Silva

GO Centro de Educação Profissional de Saúde do Estado de Goiás

MA Escola Técnica do SUS Drª Maria Nazareth Ramos de Neiva

MG Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais

MG Escola Técnica de Saúde da Unimontes

MS Escola Técnica do SUS Profª Ena de Araújo Galvão

MT Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso

PA Escola Técnica do SUS

PB Centro Formador de Recursos Humanos

PE Escola Técnica de Saúde Pública de Pernambuco

PI Centro Estadual de Educação Profissional em Saúde Monsenhor José Luiz Barbosa Cortez

PR Centro Formador de RH Caetano Munhoz da Rocha

RJ Escola de Formação Técnica em Saúde Enfermeira Izabel dos Santos

RJ Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

RN Centro de Formação de Pessoal para os Serviços de Saúde Dr Manoel da Costa Souza

RO Centro de Educação Técnico-Profissional da Área de Saúde de Rondônia

RR Escola Técnica de Saúde do SUS em Roraima

RS Escola Estadual de Educação Profissional em Saúde do Rio Grande do Sul

SC Escola de Formação em Saúde/EFOS

SC Escola Técnica de Saúde de Blumenau

SE Escola Técnica de Saúde do SUS em Sergipe

SE Centro de Educação Permanente da Saúde (CEPS)

SP Centro Formador de Osasco

SP Centro Formador de Pessoal de Nível Médio para Área da Saúde de São Paulo

SP Centro Formador de Pessoal para a Saúde - Franco da Rocha

SP Centro Formador de Pessoal para a Saúde de Araraquara

SP Centro Formador de Pessoal para a Saúde de Assis

SP Centro Formador de RH de Pessoal de Nível Médio para a Saúde

SP Escola Técnica do Sistema Único de Saúde de São Paulo

TO Escola Técnica de Saúde do Tocantins

ANEXO XIII

Rede de Ensino para a Gestão Estratégica do Sistema Único de Saúde (REGESUS) (Origem: PRT MS/GM 176/2006)

Art. 1º Fica instituída a Rede de Ensino para a Gestão Estratégica do Sistema Único de Saúde (REGESUS), com os seguintes objetivos: (Origem: PRT MS/GM 176/2006, Art. 1º)

I - estimular a elaboração de projetos de formação e capacitação em consonância com as reais necessidades do SUS; (Origem: PRT MS/GM 176/2006, Art. 1º, I)

II - incentivar a realização de programas de cooperação técnica entre as instituições formadoras e as diversas instâncias de gestão do SUS; e (Origem: PRT MS/GM 176/2006, Art. 1º, II)

III - viabilizar a execução de projetos de pesquisas na área de formação e de capacitação de pessoal para a gestão estratégica do SUS. (Origem: PRT MS/GM 176/2006, Art. 1º, III)

Art. 2º Poderão integrar a REGESUS as escolas de saúde pública e as instituições públicas de ensino superior que tenham desenvolvido competências nas áreas de formação e, de capacitação de pessoal para a gestão estratégica do SUS. (Origem: PRT MS/GM 176/2006, Art. 2º)

Art. 3º Para integrar a REGESUS a instituição de ensino deverá manifestar seu interesse por meio de carta de intenção dirigida à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), especificando o âmbito de sua atuação, observada a previsão do art. 1º. (Origem: PRT MS/GM 176/2006, Art. 3º)

§ 1º Deverão constar da carta de intenção as descrições do perfil da instituição e dos currículos do seu quadro profissional envolvido nas atividades do seu âmbito de atuação, assim como um relato de sua produção acadêmica dos últimos 5 (cinco) anos e uma declaração de que as ações desenvolvidas em proveito da REGESUS integrarão o conjunto de suas atividades permanentes. (Origem: PRT MS/GM 176/2006, Art. 3º, § 1º)

§ 2º A instituição de ensino deverá autorizar, prévia e expressamente, a disponibilização dos produtos de sua atividade pela REGESUS, além de se comprometer com a criação e a manutenção de meio eletrônico para divulgação de sua produção na internet. (Origem: PRT MS/GM 176/2006, Art. 3º, § 2º)

Art. 4º A REGESUS será administrada por um Comitê Gestor, composto por representantes das seguintes instituições: (Origem: PRT MS/GM 176/2006, Art. 4º)

I - Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 176/2006, Art. 4º, I)

II - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO); e (Origem: PRT MS/GM 176/2006, Art. 4º, II)

III - Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). (Origem: PRT MS/GM 176/2006, Art. 4º, III)

Parágrafo Único. O Comitê Gestor contará com uma Secretaria Técnica vinculada à Fundação Oswaldo Cruz. (Origem: PRT MS/GM 176/2006, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 5º Compete ao Comitê-Gestor da REGESUS: (Origem: PRT MS/GM 176/2006, Art. 5º)

I - deferir ou não as solicitações de adesão à REGESUS; (Origem: PRT MS/GM 176/2006, Art. 5º, I)

II - subsidiar o Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde nas decisões referentes às demandas formuladas pelos integrantes da REGESUS; e (Origem: PRT MS/GM 176/2006, Art. 5º, II)

III - contribuir com proposições para a divulgação e a consolidação da REGESUS. (Origem: PRT MS/GM 176/2006, Art. 5º, III)

Parágrafo Único. As decisões do Comitê-Gestor deverão sempre considerar as necessidades de formação e de desenvolvimento de tecnologias de gestão para os níveis técnico-administrativo e político-institucional das instituições públicas de saúde nos diferentes contextos loco-regionais do SUS. (Origem: PRT MS/GM 176/2006, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 6º A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde propiciará os recursos necessários para o funcionamento da REGESUS, inclusive no que se refere à comunicação permanente entre os seus integrantes, por meio de foros presenciais e/ou meios eletrônicos. (Origem: PRT MS/GM 176/2006, Art. 6º)

Art. 7º O Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde expedirá os atos normativos complementares necessários ao regular funcionamento da REGESUS. (Origem: PRT MS/GM 176/2006, Art. 7º)

ANEXO XIV

Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS) (Origem: PRT MS/GM 2915/2011)

~~**Art. 1º** Fica instituída a Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS). (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 1º)~~

~~**Parágrafo Único.** A REBRATS adotará os princípios da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS), orientando-se pelo compromisso ético e social de melhorar as condições de saúde da população brasileira. (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 1º, Parágrafo Único)~~

~~**Art. 1º** Fica instituída a Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde-REBRATS, de natureza colaborativa, no âmbito da Secretária de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde do Ministério da Saúde. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021)~~

~~**Parágrafo único.** A REBRATS é uma rede constituída pelos Núcleos de Avaliação de Tecnologias em Saúde - NATS, que tenham entre suas finalidades a Avaliação de Tecnologias em Saúde - ATS. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021)~~

CAPÍTULO I

DA NATUREZA E OBJETIVOS

(Origem: PRT MS/GM 2915/2011, CAPÍTULO I)

CAPÍTULO I

DA REDE BRASILEIRA DE AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE

(Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021)

~~**Art. 2º** A REBRATS é uma rede de centros colaboradores e instituições de ensino e pesquisa no País voltada à geração e à síntese de evidências científicas no campo de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) no Brasil e no âmbito internacional. (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 2º)~~

~~**Parágrafo Único.** A ATS é o processo contínuo de análise e síntese dos benefícios para a saúde e das consequências econômicas e sociais do emprego das tecnologias em saúde, considerando-se os seguintes aspectos: (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 2º, Parágrafo Único)~~

~~I - segurança; (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 2º, Parágrafo Único, I)~~

~~II - acurácia; (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 2º, Parágrafo Único, II)~~

~~III - eficácia; (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 2º, Parágrafo Único, III)~~

~~IV - efetividade; (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 2º, Parágrafo Único, IV)~~

~~V - custos; (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 2º, Parágrafo Único, V)~~

~~VI - custo-efetividade; (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 2º, Parágrafo Único, VI)~~

~~VII - impacto orçamentário; (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 2º, Parágrafo Único, VII)~~

~~VIII – equidade; e (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 2º, Parágrafo Único, VIII)~~

~~IX – impactos éticos, culturais e ambientais. (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 2º, Parágrafo Único, IX)~~

Art. 2º O Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde é a estrutura que reúne, dentro de uma instituição pública ou privada sem fins lucrativos, recursos e profissionais com competência técnica para desenvolver, promover e executar a ATS. [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021\)](#)

Parágrafo único. Para integrar a REBRATS os Núcleos de Avaliação de Tecnologias em Saúde - NATS devem desenvolver, dentre outras, as seguintes atividades: [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021\)](#).

I - promoção de ações voltadas a capacitação técnica de instituições para inserção na REBRATS; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021\)](#).

II - fomento à formação de discentes para atuarem em atividades de ensino e pesquisa voltadas à avaliação de tecnologias em saúde; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021\)](#).

III - desenvolvimento de ações para a educação permanente e capacitação de profissionais e técnicos na área de saúde para elaboração de estudos de ATS; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021\)](#).

IV - incentivo e produção de pesquisas, estudos e revisões sistemáticas voltados ao uso da evidência científica na tomada de decisão; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021\)](#).

V - participação na revisão de diretrizes clínicas, em consonância com as necessidades do SUS; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021\)](#).

VI - promoção de avaliação de tecnologias em saúde nos serviços de saúde; e [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021\)](#).

VII - fomento da articulação entre ensino e serviço na área de avaliação de tecnologias em saúde e saúde baseada em evidências. [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021\)](#)

Art. 3º A visão estratégica da REBRATS é a busca por qualidade e excelência na conexão entre pesquisa, política e gestão, por meio da elaboração de estudos de avaliação de tecnologias em saúde, nas fases de incorporação, monitoramento e exclusão de tecnologias no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 3º)

Art. 3º Para fins do disposto nesta Portaria, a Avaliação de Tecnologias em Saúde - ATS é o processo contínuo de análise e síntese dos benefícios para a saúde e das consequências econômicas e sociais do emprego das tecnologias em saúde, observado os seguintes aspectos: [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021\)](#)

I - segurança; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021\)](#).

II - acurácia; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021\)](#).

III - eficácia; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021\)](#).

IV - efetividade; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021\)](#).

V - equidade; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021\)](#).

VI - impactos éticos, culturais e ambientais; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021\)](#).

VII - custos; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021\)](#).

VIII - custo-efetividade; e [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021\)](#).

IX - impacto orçamentário. [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021\)](#).

Art. 4º São objetivos da REBRATS: (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 4º)

~~I – produzir e disseminar estudos e pesquisas prioritárias no campo de ATS; (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 4º, I)~~

~~II – padronizar metodologias; (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 4º, II)~~

~~III – validar e atestar a qualidade dos estudos; (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 4º, III)~~

~~IV – promover capacitação profissional na área; e (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 4º, IV)~~

~~V – estabelecer mecanismos para monitoramento de tecnologias novas e emergentes. (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 4º, V)~~

§ 1º Os processos de avaliação de tecnologias ocorrerão de modo transparente, independente e com rigor metodológico, para a garantia de qualidade e excelência dos produtos da REBRATS. (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 4º, § 1º)

§ 2º O conhecimento sobre as tecnologias efetivas e seguras na atenção à saúde deve ser disseminado de forma transparente e contínua aos profissionais de saúde e à população, explicitando-se a existência de conflitos de interesse. (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 4º, § 2º)

Art. 4º São objetivos da REBRATS: [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021\)](#)

I - produzir e disseminar estudos e pesquisas prioritárias no campo de ATS; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021\)](#)

II - padronizar metodologias; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021\)](#).

III - promover capacitação profissional na área; e [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021\)](#).

IV - estabelecer mecanismos para monitoramento de tecnologias novas e emergentes. [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021\)](#).

Parágrafo único. Para a execução de seus objetivos, a REBRATS observará os princípios da Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde - PNGTS, observadas as seguintes diretrizes: [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021\)](#)

I - a maximização dos benefícios de saúde a serem obtidos com os recursos disponíveis, assegurando o acesso da população a tecnologias efetivas e seguras e em condições de equidade; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021\)](#).

II - a busca por qualidade e excelência em ATS no SUS, por meio da conexão entre pesquisa, política e gestão, observada a transparência, independência e rigor metodológico; e [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021\)](#).

III - a disseminação do conhecimento de forma contínua aos profissionais de saúde e à população. [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021\)](#)

CAPÍTULO II **DA COMPOSIÇÃO E ORGANIZAÇÃO**

(Origem: PRT MS/GM 2915/2011, CAPÍTULO II)

CAPÍTULO II**DO COMITÊ GESTOR E DA SECRETARIA-EXECUTIVA DA REBRATS**[\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021\)](#)**Seção I**

Do Comitê Gestor

[\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021\)](#)

Art. 5º A REBRATS será formada por entidades que tenham entre suas finalidades institucionais a realização de atividades relacionadas à avaliação de tecnologias em saúde. (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 5º)

Art. 5º A REBRATS contará com: [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021\)](#)

I - Comitê Gestor; e [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021\)](#)

II - Secretaria-Executiva. [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021\)](#)

Art. 6º A REBRATS será composta por: (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 6º)

I - Comitê Executivo; e (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 6º, I)

II - Grupos de Trabalho. (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 6º, II)

Art. 6º O Comitê Gestor da REBRATS é órgão de assessoramento da REBRATS destinado a: [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021\)](#)

I - estabelecer eixos prioritários relacionados à ATS, que apoiem a implementação da Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021\)](#)

II - elaborar propostas de ações e atividades da REBRATS; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021\)](#)

III - estimular a integração dos NATS da REBRATS; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021\)](#)

IV - elaborar o plano de trabalho anual da REBRATS, considerando as disparidades regionais; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021\)](#)

V - fomentar a produção, a disseminação e o uso de ATS no âmbito do SUS e da saúde suplementar; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021\)](#)

VI - elaborar as normas de organização e funcionamento da REBRATS; e [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021\)](#)

VII - elaborar seu regimento interno. [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021\)](#)

Art. 7º O apoio técnico e administrativo à REBRATS será exercido pelo DEGIT/SGTIE/MS, com as seguintes atribuições: (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 7º)

I - apoiar as atividades dos Grupos de Trabalho; (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 7º, I)

II - praticar todos os atos de gestão técnica e administrativa necessários ao desenvolvimento das atividades da REBRATS; (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 7º, II)

III - sistematizar as informações relativas às atividades da REBRATS; e (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 7º, III)

IV - manter e atualizar o endereço eletrônico da REBRATS na internet. (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 7º, IV)

Art. 7º O Comitê Gestor da REBRATS será composto por: [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021\)](#)

I - três representantes da Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, sendo: [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021\)](#)

a) um representante do Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021\)](#)

b) um representante do Departamento de Ciência e Tecnologia; e [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021\)](#)

c) um representante do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021\)](#)

II - um representante da Secretaria de Atenção Primária à Saúde; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021\)](#)

III - um representante da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021\)](#)

IV - um representante da Secretaria de Vigilância em Saúde; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021\)](#)

V - um representante do Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento da Secretaria-Executiva; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021\)](#)

VI - um representante Agência Nacional de Vigilância Sanitária; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021\)](#)

VII - um representante do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021\)](#)

VIII - um representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021\)](#)

IX - um representante da Agência Nacional de Saúde Suplementar; e [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021\)](#)

X - cinco representantes de Núcleos de Avaliação de Tecnologias em Saúde, sendo preferencialmente um de cada região geográfica do País. [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021\)](#)

§ 1º A coordenação do Comitê Gestor será exercida pelo Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde. [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021\)](#)

§ 2º Cada membro do Comitê Gestor terá um suplente, que o substituirá em suas ausências e impedimentos. [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021\)](#)

§ 3º Os membros do Comitê Gestor de que tratam os incisos I a IX do caput serão indicados pelos titulares dos órgãos representados. [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021\)](#)

§ 4º Os membros dos Núcleos de Avaliação de Tecnologias em Saúde serão escolhidos mediante processo eletivo, que será promovido pela secretaria-executiva da REBRATS. [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021\)](#)

§ 5º Os membros do Comitê Gestor de que trata o caput serão designados pelo Secretário de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021\)](#)

§ 6º Os membros do Comitê Gestor terão mandato de dois anos, permitida a recondução e a destituição, a qualquer tempo, a critério da autoridade titular da indicação nos casos previstos nos incisos I a IX do caput. [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021\)](#)

§ 7º O regimento interno do Comitê Gestor disporá sobre as formas de destituição e substituição dos membros previstos no inciso X do caput. [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021\)](#)

Seção I

Do Comitê Executivo

(Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Seção I)

Art. 8º O Comitê Executivo da REBRATS será constituído por representantes dos seguintes órgãos e entidades: (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 8º)

- ~~I – Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT/SCITE/MS); (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 8º, I)~~
- ~~II – Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 8º, II)~~
- ~~III – Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 8º, III)~~
- ~~IV – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC); (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 8º, IV)~~
- ~~V – Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 8º, V)~~
- ~~VI – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 8º, VI)~~
- ~~VII – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq); (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 8º, VII)~~
- ~~VIII – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES/MEC); (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 8º, VIII)~~
- ~~IX – Coordenadores dos Grupos de Trabalho (GT) da REBRATS; (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 8º, IX)~~
- ~~X – Coordenador do Comitê Gestor da Rede Nacional de Pesquisa Clínica; (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 8º, X)~~
- ~~XI – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS); (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 8º, XI)~~
- ~~XII – Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 8º, XII)~~
- ~~XIII – Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS); (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 8º, XIII)~~
- ~~XIV – Secretaria de Atenção à Saúde (SAS); e (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 8º, XIV)~~
- ~~XV – Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS); (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 8º, XV)~~

Art. 8º O Comitê Gestor se reunirá, em caráter ordinário, anualmente, de acordo com calendário previamente por ele aprovado. [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021\)](#)

§ 1º O Coordenador do Comitê Gestor poderá convocar reunião extraordinária, para tratar de tema específico, por iniciativa própria ou a pedido de qualquer de seus membros, condicionada sua realização à aprovação de, no mínimo, um terço de seus membros. [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021\)](#)

§ 2º A reunião do Comitê Gestor ocorrerá com a presença de no mínimo 9 (nove) membros. [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021\)](#)

§ 3º As deliberações do Comitê Gestor serão aprovadas preferencialmente por consenso. [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021\)](#)

§ 4º Caso não haja consenso, as deliberações do Comitê Gestor serão tomadas pela maioria simples de seus membros. [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021\)](#)

§ 5º Os membros e convidados do Comitê Gestor que se encontrarem no Distrito Federal se reunirão presencialmente e os membros que se encontrarem em outros entes federativos participarão da reunião preferencialmente por meio de videoconferência. [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021\)](#)

Art. 9º O Comitê Executivo será coordenado pelo representante do DECIT/SCITE/MS. (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 9º)

Art. 9º O Comitê Gestor poderá convidar representantes de órgãos ou entidades públicos ou privados, que atuem profissionalmente em atividades relacionadas à ATS, sempre que entenda necessária a sua colaboração para o pleno alcance dos seus objetivos. [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021\)](#)

Seção II

Da Secretaria-Executiva

[\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021\)](#)

Art. 10. Ao Comitê Executivo compete: (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 10)

- ~~I – elaborar o Regimento Interno da REBRATS; (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 10, I)~~
- ~~II – estabelecer eixos prioritários relacionados à ATS, que apoiem a implementação da Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 10, II)~~
- ~~III – planejar as ações e atividades da REBRATS; (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 10, III)~~
- ~~IV – estimular a integração das instituições-membro; (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 10, IV)~~
- ~~V – definir os critérios de inclusão ou exclusão de membros; (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 10, V)~~
- ~~VI – elaborar o plano de trabalho anual da REBRATS; (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 10, VI)~~
- ~~VII – apoiar a produção, a disseminação e o uso de ATS no âmbito do SUS e da saúde suplementar; e (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 10, VII)~~

~~VIII - propor a criação de novos Grupos de Trabalho, além dos já definidos neste Anexo, sempre que necessário ao cumprimento das finalidades da REBRATS. (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 10, VIII)~~

Art. 10. A Secretaria-Executiva da REBRATS será exercida pelo Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde. [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021\)](#)

~~Art. 11. O Comitê Executivo poderá convocar entidades ou pessoas do setor público e privado, que atuem profissionalmente em atividades relacionadas à matéria, sempre que entenda necessária a sua colaboração para o pleno alcance dos seus objetivos. (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 11)~~

Art. 11. Compete à Secretaria-Executiva: [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021\)](#)

I - praticar atos de gestão técnica e administrativa necessários ao desenvolvimento e manutenção das atividades da REBRATS; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021\)](#)

II - sistematizar as informações relativas às atividades da REBRATS; e [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021\)](#)

III - manter e atualizar o endereço eletrônico da REBRATS na internet. [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021\)](#)

Art. 12. A composição e o funcionamento da REBRATS serão definidos pelo Regimento Interno, a ser publicado no prazo de 180 (cento e oitenta) dias contados da data da publicação da Portaria nº 2915/GM/MS, de 12 de dezembro de 2011. (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 12)

~~§ 1º O Regimento Interno da REBRATS definirá, dentre outras matérias: (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 12, § 1º)~~

~~I - os critérios de inclusão e exclusão de novos membros; (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 12, § 1º, I)~~

~~II - os objetivos, as atribuições, os representantes e os coordenadores dos Grupos de Trabalho; e (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 12, § 1º, II)~~

~~III - o fluxo de trabalho para realização dos estudos de interesse público. (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 12, § 1º, III)~~

~~§ 2º Enquanto não for aprovado o Regimento Interno, a REBRATS será composta pelos órgãos e entidades nominados no Anexo 1 do Anexo XIV. (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 12, § 2º)~~

Seção II

Dos Grupos de Trabalho

(Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Seção II)

CAPÍTULO III

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

[\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021\)](#)

Art. 12. A participação dos membros do Comitê Gestor será considerada prestação de serviço público relevante, não remunerado. [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021\)](#)

Art. 13. A REBRATS conterá os seguintes Grupos de Trabalho (GT): (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 13)

~~I - Priorização e Fomento de Estudos; (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 13, I)~~

~~II - Desenvolvimento e Padronização Metodológica; (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 13, II)~~

~~III - Capacitação Profissional; (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 13, III)~~

~~IV - Monitoramento do Horizonte Tecnológico (MHT); e (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 13, IV)~~

~~V - Disseminação dos Estudos e Comunicação. (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 13, V)~~

~~§ 1º Os objetivos, as atribuições, os representantes e os coordenadores dos Grupos de Trabalho serão definidos pelo regimento interno da REBRATS. (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 13, § 1º)~~

~~§ 2º O Comitê Executivo poderá propor a criação de outros GTs para o cumprimento das finalidades institucionais da REBRATS. (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 13, § 2º)~~

Art. 13. As despesas relativas ao funcionamento da REBRATS serão custeadas por dotações orçamentárias da União consignadas anualmente no orçamento do Ministério da Saúde, observados os limites de movimentação, de empenho e de pagamento fixados anualmente. [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021\)](#)

CAPÍTULO III

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

(Origem: PRT MS/GM 2915/2011, CAPÍTULO III)

Art. 14. As despesas decorrentes do disposto neste Anexo correrão à conta das dotações orçamentárias do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 14)

Art. 14. As normas de organização e funcionamento da REBRATS deverão ser publicadas no prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias contados da data da instalação do Comitê Gestor. [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021\)](#)

~~Art. 15. As atividades realizadas no âmbito da REBRATS não serão remuneradas e seu exercício será considerado serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 15) [\(Revogado pela PRT GM/MS nº 146 de 26.01.2021\)](#)~~

ANEXO 1 DO ANEXO XIV

INSTITUIÇÕES-MEMBRO DA REDE BRASILEIRA DE AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE - REBRATS

(Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Anexo 1)

INSTITUIÇÕES-MEMBRO DA REDE BRASILEIRA DE AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE - REBRATS

INSTITUTOS DE ENSINO E PESQUISA:

1. Centro Cochrane do Brasil da Universidade Federal de São Paulo;

2. Centro Paulista de Economia da Saúde da Universidade Federal de São Paulo;

3. Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia;

4. Instituto de Avaliação de Tecnologias em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul;

5. Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo;

6. Programa de Engenharia Biomédica do Instituto Alberto Luiz Coimbra de Pós-Graduação e Pesquisa de Engenharia/COPPE/UFRJ;

7. Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro;

8. Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais;

9. Departamento de Farmácia Social da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais;

10. Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital do Coração;

11. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/FIOCRUZ;

12. Centro de Desenvolvimento Tecnológico em Saúde/FIOCRUZ;

13. Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública da Universidade Federal de Goiás;

14. Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília;

15. Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco;

INSTITUIÇÕES GESTORAS:

1. Departamento de Ciência e Tecnologia - DECIT/SCTIE/MS;

2. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA;

3. Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS;

4. Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS;

5. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS;

NÚCLEOS DE AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE EM HOSPITAIS DE ENSINO - NATS:

1. Hospital Universitário Getúlio Vargas - AM;

2. Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos - BA;

3. Hospital Geral de Fortaleza - CE;

4. Hospital Universitário Walter Cantídio - CE;

5. Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes - CE;

6. Hospital Universitário de Brasília - DF;

7. Hospital de Base do Distrito Federal - DF;

8. Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás - GO;

9. Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão - MA;

10. Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais - MG;

11. Hospital Universitário João de Barros Barreto - PA;

12. Hospital Universitário Oswaldo Cruz - PE;

13. Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Rio de Janeiro - RJ;

14. Instituto Nacional de Câncer/INCA - RJ;

15. Instituto Nacional de Cardiologia - RJ;

16. Instituto Nacional de Traumatologia/INTO - RJ;

17. Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz/IFF/FIOCRUZ - RJ;

18. Hospital Universitário Onofre Lopes - RN;

19. Grupo Hospitalar Conceição - GHC - RS;

20. Hospital de Clínicas de Porto Alegre - RS;

21. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - HC/FMUSP - SP;

22. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP - SP;

23. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP - SP; e

24. Hospital das Clínicas da UNICAMP - SP.

ANEXO XV

Redes Nacionais de Pesquisa em Saúde (RNPS) (Origem: PRT MS/GM 137/2014)

Art. 1º Este Anexo dispõe sobre as Redes Nacionais de Pesquisa em Saúde (RNPS). (Origem: PRT MS/GM 137/2014, Art. 1º)

Art. 2º As RNPS são articulações cooperativas entre instituições de ciência, tecnologia, inovação e produção em saúde, públicas e privadas, e pesquisadores, que visam o desenvolvimento científico e tecnológico que priorize as necessidades e demandas do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 137/2014, Art. 2º)

Art. 3º As RNPS adotarão os princípios da Política Nacional de Ciência Tecnologia e Inovação em Saúde, orientando-se pelo compromisso ético e social de contribuir para a melhoria das condições de saúde da população brasileira. (Origem: PRT MS/GM 137/2014, Art. 3º)

Art. 4º Caberá à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS) a articulação com os Ministérios da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações, da Educação (MEC), da Indústria, Comércio Exterior e Serviços, suas entidades vinculadas e demais unidades da Administração Pública Direta e Indireta nos campos da ciência, tecnologia e inovação, para participarem nas atividades das RNPS, sempre que for pertinente em razão de suas funções e atribuições. (Origem: PRT MS/GM 137/2014, Art. 4º)

Art. 5º A instituição e regulamentação de cada RNPS será realizada por ato normativo específico do Ministro de Estado da Saúde, que atenderá as disposições de parecer técnico apresentado pela SCTIE/MS. (Origem: PRT MS/GM 137/2014, Art. 5º)

Parágrafo Único. O ato e o parecer técnico de que trata o "caput" disporá obrigatoriamente sobre: (Origem: PRT MS/GM 137/2014, Art. 5º, Parágrafo Único)

I - os objetivos e atribuições da Rede; (Origem: PRT MS/GM 137/2014, Art. 5º, Parágrafo Único, I)

II - a composição da Rede; (Origem: PRT MS/GM 137/2014, Art. 5º, Parágrafo Único, II)

III - os critérios e procedimentos de inclusão e exclusão de membros da Rede; (Origem: PRT MS/GM 137/2014, Art. 5º, Parágrafo Único, III)

IV - as formas de representação dos membros da Rede; (Origem: PRT MS/GM 137/2014, Art. 5º, Parágrafo Único, IV)

V - os fluxos de trabalho no âmbito da Rede; (Origem: PRT MS/GM 137/2014, Art. 5º, Parágrafo Único, V)

VI - a instituição, atribuições e funcionamento do Comitê Gestor da Rede; e (Origem: PRT MS/GM 137/2014, Art. 5º, Parágrafo Único, VI)

VII - as atribuições dos Coordenadores da Rede. (Origem: PRT MS/GM 137/2014, Art. 5º, Parágrafo Único, VII)

Art. 6º Um vez instituída a respectiva RNPS pelo ato normativo específico de que trata o art. 5º, será facultado à mesma elaborar, conjuntamente com o Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT/SCITIE/MS), regimento interno para detalhar o seu funcionamento, observadas as disposições constantes do ato normativo que a instituiu. (Origem: PRT MS/GM 137/2014, Art. 6º)

Parágrafo Único. O regimento interno de que trata o "caput" deverá ser homologado por ato específico do Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. (Origem: PRT MS/GM 137/2014, Art. 6º, Parágrafo Único)

Art. 7º Ficam constituídas com a edição deste Anexo as seguintes RNPS: (Origem: PRT MS/GM 137/2014, Art. 7º)

I - Rede Nacional de Terapia Celular (RNTC); (Origem: PRT MS/GM 137/2014, Art. 7º, I)

II - Rede Nacional de Pesquisas em Doenças Negligenciadas (RNPND); (Origem: PRT MS/GM 137/2014, Art. 7º, II)

III - Rede Nacional de Pesquisa sobre Políticas de Saúde (RNPPS); (Origem: PRT MS/GM 137/2014, Art. 7º, III)

IV - Rede Nacional de Pesquisas em Acidente Vascular Cerebral (RNPAVC); (Origem: PRT MS/GM 137/2014, Art. 7º, IV)

V - Rede Nacional de Pesquisa Clínica em Câncer (RNPCC); e (Origem: PRT MS/GM 137/2014, Art. 7º, V)

VI - Rede Nacional de Pesquisa em Doenças Cardiovasculares (RNPDC). (Origem: PRT MS/GM 137/2014, Art. 7º, VI)

Parágrafo Único. A constituição das RNPS de que trata o "caput" não prejudica a edição do ato de regulamentação de que trata o art. 5º. (Origem: PRT MS/GM 137/2014, Art. 7º, Parágrafo Único)

Art. 8º Já se encontram constituídas e regulamentadas com base no Anexo XVII e no Anexo XIV, respectivamente, a: (Origem: PRT MS/GM 137/2014, Art. 8º)

I - Rede Nacional de Pesquisa Clínica (RNPC); e (Origem: PRT MS/GM 137/2014, Art. 8º, I)

II - Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS). (Origem: PRT MS/GM 137/2014, Art. 8º, II)

Parágrafo Único. As disposições deste Anexo não prejudicam a instituição e regulamentação das RNPS de que tratam os incisos I e II do "caput", nos termos dispostos no Anexo XVII e no Anexo XIV. (Origem: PRT MS/GM 137/2014, Art. 8º, Parágrafo Único)

ANEXO XVI

Rede Nacional de Pesquisa sobre Política de Saúde (RNPPS) (Origem: PRT MS/GM 193/2014)

Art. 1º Fica instituída a Rede Nacional de Pesquisa sobre Política de Saúde (RNPPS), composta pelas instituições de ensino e pesquisa da área da saúde e afins, envolvidas com os objetivos da Rede. (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 1º)

Art. 2º Constituem-se objetivos da RNPPS: (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 2º)

I - desenvolver pesquisas sobre políticas de saúde, visando à produção de conhecimento para a efetivação do direito universal à saúde; (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 2º, I)

II - capacitar recursos humanos em pesquisas sobre Políticas de Saúde; e, (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 2º, II)

III - instituir e coordenar as sub-redes de Pesquisa sobre Políticas de Saúde, considerando as diferentes especialidades das Ciências da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 2º, III)

Parágrafo Único. O efetivo comprometimento das unidades integrantes da Rede deverá, em qualquer circunstância, sustentar-se em dois princípios: (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 2º, Parágrafo Único)

I - as relações institucionais entre os centros de pesquisa que compõem a RNPPS e os contratadores de seus serviços; e, (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 2º, Parágrafo Único, I)

II - as necessidades de realização de pesquisas que, do ponto de vista do Ministério da Saúde, forem consideradas prioritárias ao SUS. (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 2º, Parágrafo Único, II)

Art. 3º Fica instituído, no âmbito do Ministério da Saúde, o Comitê Gestor da RNPPS, com o objetivo de programar as ações, coordenar e supervisionar a execução das atividades técnicas e administrativas que se fizerem necessárias para o bom funcionamento da RNPPS e suas sub-redes, com regulamento próprio. (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 3º)

Art. 4º Ao Comitê Gestor compete: (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 4º)

I - estabelecer diretrizes que subsidiem políticas relativas à realização de pesquisas na área de atuação da RNPPS; (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 4º, I)

II - propor, aprovar e alterar os procedimentos de cooperação das unidades da RNPPS; (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 4º, II)

III - definir critérios para admissão e exclusão de unidades na RNPPS; (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 4º, III)

IV - estimular a integração das atividades de pesquisa no âmbito da RNPPS; e, (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 4º, IV)

V - delinear o planejamento orçamentário da RNPPS. (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 4º, V)

Art. 5º O Comitê Gestor da RNPPS será composto por representantes, titular e suplente, dos órgãos e entidades a seguir relacionados: (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 5º)

I - 1 (um) representante do Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (DECIT/SCITIE/MS), que convocará as reuniões do Comitê Gestor; (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 5º, I)

II - 1 (um) representante do CNPq/MCTI; (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 5º, II)

III - 1 (um) representante da CAPES/MEC; (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 5º, III)

IV - 1 (um) representante do Ministério da Saúde ou de suas agências/institutos que esteja diretamente vinculado à temática; (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 5º, IV)

V - 1 (um) representante da ABRASCO; e, (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 5º, V)

VI - 1 (um) representante da RNPPS. (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 5º, VI)

§ 1º Os representantes, titulares e suplentes, serão indicados pelos dirigentes de seus respectivos órgãos e entidades à Coordenação do Comitê Gestor, no prazo de 30 (trinta) dias contado da data de publicação da Portaria nº 193/GM/MS, de 03 de fevereiro de 2014. (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 5º, § 1º)

§ 2º As reuniões do Comitê Gestor serão coordenadas pelo representante do DECIT/SCTIE/MS e, na sua ausência, por qualquer um dos membros titulares, segundo sua indicação. (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 5º, § 2º)

Art. 6º O Comitê Gestor poderá convocar entidades ou pessoas do setor público e privado, que atuem profissionalmente em atividades relacionadas à matéria, sempre que entenda necessária a sua colaboração para o pleno alcance dos seus objetivos. (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 6º)

Art. 7º As funções dos membros do Comitê Gestor não serão remuneradas e seu exercício será considerado de serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 7º)

Art. 8º O Comitê Gestor indicará um centro coordenador, por um período de 3 (três) anos, como órgão de articulação, gestão das atividades da rede e operacionalização das políticas estratégicas e das prioridades de pesquisa em saúde, passível de renovação. (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 8º)

Art. 9º O Comitê Gestor elaborará, conjuntamente com o Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT/SCTIE/MS), o regimento interno da Rede no prazo máximo de 90 (noventa) dias, contado a partir da data de sua instalação. (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 9º)

§ 1º O Regimento Interno que trata o "caput" deverá ser apreciado quanto ao atendimento à Política Nacional de Saúde e homologado por ato específico do Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 9º, § 1º)

§ 2º O Regimento Interno deverá dispor, dentre outros, obrigatoriamente sobre: (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 9º, § 2º)

I - os critérios e procedimentos de inclusão e exclusão de membros da RNPPS; (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 9º, § 2º, I)

II - as formas de representação dos membros da RNPPS; e (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 9º, § 2º, II)

III - os fluxos de trabalho no âmbito da RNPPS; (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 9º, § 2º, III)

ANEXO XVII

Rede Nacional de Pesquisa Clínica (RNPC) em Hospitais de Ensino (Origem: PRT MS/GM 794/2011)

Art. 1º Fica instituída a Rede Nacional de Pesquisa Clínica (RNPC) em Hospitais de Ensino composta pelas instituições nominadas no Anexo 1 do Anexo XVII. (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 1º)

Art. 2º Constituem-se objetivos da RNPC: (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 2º)

I - desenvolver todas as fases de ensaios clínicos de medicamentos, produtos, procedimentos, equipamentos e dispositivos para diagnósticos em seres humanos, de acordo com os requisitos éticos nacionais e internacionais, bem como as Boas Práticas Clínicas e as normas de Vigilância Sanitária; (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 2º, I)

II - capacitar recursos humanos em pesquisa clínica; e (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 2º, II)

III - instituir e coordenar as sub-redes de Pesquisa Clínica em Hospitais de Ensino, considerando as diferentes especialidades das Ciências da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 2º, III)

Parágrafo Único. O efetivo comprometimento das unidades deverá, em qualquer circunstância, sustentar-se em dois princípios: (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 2º, Parágrafo Único)

I - as relações institucionais entre os centros de pesquisa clínica que compõem a Rede Nacional de Pesquisa Clínica em Hospitais de Ensino e os contratadores de seus serviços; e (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 2º, Parágrafo Único, I)

II - os protocolos que, do ponto de vista do Ministério da Saúde, forem considerados prioritários ao SUS, terão precedência aos demais. (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 2º, Parágrafo Único, II)

Art. 3º Fica instituído, no âmbito do Ministério da Saúde, o Comitê Gestor da RNPC, com o objetivo de programar as ações, coordenar e supervisionar a execução das atividades técnicas e administrativas que se fizerem necessárias para o bom funcionamento da RNPC e suas sub-redes, com regulamento próprio. (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 3º)

Art. 4º Ao Comitê Gestor compete: (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 4º)

I - estabelecer diretrizes e políticas relativas à realização de pesquisa clínica; (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 4º, I)

II - propor, aprovar e alterar os procedimentos de cooperação das unidades da rede; (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 4º, II)

III - definir critérios para admissão e exclusão de Unidades na Rede; (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 4º, III)

IV - estimular a integração das atividades de pesquisa clínica entre os hospitais de ensino da rede; e (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 4º, IV)

V - delinear o planejamento orçamentário da rede. (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 4º, V)

Art. 5º O Comitê Gestor da RNPC será composto dos membros a seguir relacionados: (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 5º)

I - um representante do Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT/SCTIE/MS), que o coordenará; (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 5º, I)

II - um representante do Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações; e (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 5º, II)

III - o coordenador de cada uma das unidades que integram a RNPC em Hospitais de Ensino, designado por cada uma das instituições em documento próprio e encaminhado ao DECIT/SCTIE/MS. (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 5º, III)

§ 1º As reuniões do Comitê Gestor serão coordenadas pelo representante do DECIT/SCTIE/MS e, na sua ausência, por qualquer um dos membros titulares, segundo sua indicação. (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 5º, § 1º)

§ 2º Os membros do Comitê Gestor, titulares e suplentes, serão indicados pelos respectivos órgãos. (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 5º, § 2º)

§ 3º Os membros titulares e suplentes serão designados em ato do Secretário da Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 5º, § 3º)

Art. 6º O Comitê Gestor poderá convocar entidades ou pessoas do setor público e privado, que atuem profissionalmente em atividades relacionadas à matéria, sempre que entenda necessária a sua colaboração para o pleno alcance dos seus objetivos. (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 6º)

Art. 7º O Comitê Gestor indicará um centro coordenador, por um período de dois anos, como órgão de articulação, gestão das atividades da rede e operacionalização das políticas estratégicas e das prioridades de pesquisa em saúde. (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 7º)

Art. 8º As despesas decorrentes do disposto neste Anexo correrão à conta das dotações orçamentárias do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 8º)

Art. 9º As funções dos membros do Comitê Gestor não serão remuneradas e seu exercício será considerado de serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 9º)

Art. 10. O Comitê Gestor elaborará seu regimento interno, no prazo máximo de noventa dias, contados a partir da data de sua instalação, submetendo-o à aprovação do Ministro de Estado da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 10)

ANEXO 1 DO ANEXO XVII

INSTITUIÇÕES PERTENCENTES À REDE NACIONAL DE PESQUISA CLÍNICA (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Anexo 1)

INSTITUIÇÕES PERTENCENTES À REDE NACIONAL DE PESQUISA CLÍNICA

1. Fundação de Medicina Tropical do Amazonas / AM
2. Fundação Oswaldo Cruz / RJ
3. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista / SP
4. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo / SP
5. Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas / SP
6. Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás / GO
7. Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais / MG
8. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo / SP
9. Hospital de Clínicas de Porto Alegre da Universidade Federal do Rio Grande do Sul / RS
10. Hospital Geral de Fortaleza / CE
11. Hospital de Messejana / Universidade Federal do Ceará / CE
12. Hospital Nossa Senhora da Conceição / Universidade do Sul de Santa Catarina / SC
13. Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul / RS
14. Hospital São Paulo da Universidade Federal de São Paulo / SP
15. Hospital São Rafael - Monte Tabor / BA
16. Hospital Universitário Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense / RJ
17. Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro / RJ
18. Hospital Universitário da Universidade de São Paulo / SP
19. Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão / MA
20. Hospital Universitário de Brasília da Universidade de Brasília / DF
21. Hospital Universitário João de Barros Barreto da Universidade Federal do Pará / PA
22. Hospital Universitário Onofre Lopes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte / RN

23. Hospital Universitário Oswaldo Cruz e Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco da Universidade de Pernambuco / PE

24. Hospital Universitário Professor Edgard Santos da Universidade Federal da Bahia / BA
25. Hospital Universitário Regional de Maringá da Universidade Estadual de Maringá / PR
26. Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará / CE
27. Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul da Fundação Universitária de Cardiologia / RS
28. Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz / RJ
29. Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira / PE
30. Instituto Nacional de Câncer / RJ
31. Instituto Nacional de Cardiologia / RJ
32. Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia / RJ

ANEXO XVIII

Rede Nacional de Pesquisa Clínica em Câncer (RNPPC) (Origem: PRT MS/GM 192/2014)

Art. 1º Fica instituída a Rede Nacional de Pesquisa Clínica em Câncer (RNPPC), composta por instituições de ciência, tecnologia, inovação e produção em saúde, públicas e privadas. (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 1º)

Art. 2º Constituem-se objetivos da RNPPC: (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 2º)

I - desenhar, propor, implementar e acompanhar protocolos clínicos colaborativos entre as instituições de pesquisa; (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 2º, I)

II - certificar protocolos de pesquisa clínica em câncer; (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 2º, II)

III - capacitar recursos humanos; (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 2º, III)

IV - qualificar a atenção oncológica, incentivando a definição e implantação de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas; e (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 2º, IV)

V - produzir, sistematizar e difundir conhecimentos voltados à melhoria da qualidade da atenção oncológica. (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 2º, V)

Parágrafo Único. O efetivo comprometimento das unidades integrantes da RNPCC deverá, em qualquer circunstância, sustentar-se em dois princípios: (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 2º, Parágrafo Único)

I - as relações institucionais entre os centros de pesquisa que compõem a RNPCC e os contratadores de seus serviços; e (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 2º, Parágrafo Único, I)

II - as necessidades de realização de pesquisas que, do ponto de vista do Ministério da Saúde, forem consideradas prioritárias ao SUS. (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 2º, Parágrafo Único, II)

Art. 3º Fica instituído, no âmbito do Ministério da Saúde, o Comitê Gestor da RNPCC, com o objetivo de programar as ações, coordenar e supervisionar a execução das atividades técnicas e administrativas que se fizerem necessárias para o bom funcionamento da rede, com regulamento próprio. (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 3º)

Art. 4º Ao Comitê Gestor compete: (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 4º)

I - estabelecer diretrizes que subsidiem políticas relativas à realização de pesquisas na área de atuação da RNPCC; (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 4º, I)

II - propor, aprovar e alterar os procedimentos de cooperação das unidades da RNPCC; (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 4º, II)

III - definir critérios para admissão e exclusão de unidades na RNPCC; (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 4º, III)

IV - estimular a integração das atividades de pesquisa no âmbito da RNPCC; e (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 4º, IV)

V - delinear o planejamento orçamentário da RNPCC. (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 4º, V)

Art. 5º O Comitê Gestor da RNPCC será composto por representantes, titular e suplente, dos órgãos e entidades a seguir relacionados: (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 5º)

I - 1 (um) representante do Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (DECIT/SCTIE/MS), que convocará as reuniões do Comitê Gestor; (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 5º, I)

II - 1 (um) representante do CNPq/MCTI; (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 5º, II)

III - 1 (um) representante da ANVISA; (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 5º, III)

IV - 1 (um) representante do Instituto Nacional do Câncer; e (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 5º, IV)

V - 1 (um) representante designado pela RNPCC. (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 5º, V)

§ 1º Os representantes, titulares e suplentes, serão indicados pelos dirigentes de seus respectivos órgãos e entidades à Coordenação do Comitê Gestor, no prazo de 30 (trinta) dias contado da data de publicação da Portaria nº 192/GM/MS, de 31 de janeiro de 2014. (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 5º, § 1º)

§ 2º As reuniões do Comitê Gestor serão coordenadas pelo representante do DECIT/SCTIE/MS e, na sua ausência, por qualquer um dos membros titulares, segundo sua indicação. (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 5º, § 2º)

Art. 6º O Comitê Gestor poderá convocar entidades ou pessoas do setor público e privado, que atuem profissionalmente em atividades relacionadas à matéria, sempre que entenda necessária a sua colaboração para o pleno alcance dos seus objetivos. (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 6º)

Art. 7º As funções dos membros do Comitê Gestor não serão remuneradas e seu exercício será considerado de serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 7º)

Art. 8º O Comitê Gestor indicará um centro coordenador, por um período de três anos, como órgão de articulação, gestão das atividades da rede e operacionalização das políticas estratégicas e das prioridades de pesquisa em saúde, passível de renovação. (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 8º)

Art. 9º O Comitê Gestor elaborará, conjuntamente com o Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT/SCTIE/MS), o regimento interno da RNPCC no prazo máximo de 90 (noventa) dias contado a partir da data de sua instalação. (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 9º)

§ 1º O Regimento Interno que trata o "caput" deverá ser apreciado quanto ao atendimento à Política Nacional de Saúde e homologado por ato específico do Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 9º, § 1º)

§ 2º O Regimento Interno deverá dispor, dentre outros, obrigatoriamente sobre: (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 9º, § 2º)

I - os critérios e procedimentos de inclusão e exclusão de membros da RNPCC; (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 9º, § 2º, I)

II - as formas de representação dos membros da RNPCC; e (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 9º, § 2º, II)

III - os fluxos de trabalho no âmbito da RNPCC; (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 9º, § 2º, III)

ANEXO XIX

Rede Nacional de Pesquisa em Doenças Cardiovasculares (RNPDC) (Origem: PRT MS/GM 190/2014)

Art. 1º Fica instituída a Rede Nacional de Pesquisa em Doenças Cardiovasculares (RNPDC), composta por instituições de ciência, tecnologia, inovação e produção em saúde, públicas e privadas. (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 1º)

Art. 2º Constituem-se objetivos da RNPDC: (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 2º)

I - desenvolver atividades de pesquisa científica, pré-clínicas e clínicas, em doenças cardiovasculares, que contribuam de modo efetivo para o avanço do conhecimento, a geração de produtos, a formulação, implementação e avaliação de ações públicas voltadas para a melhoria das condições de saúde da população brasileira; e (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 2º, I)

II - capacitar recursos humanos na área cardiovascular. (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 2º, II)

Parágrafo Único. O efetivo comprometimento das unidades integrantes da Rede deverá, em qualquer circunstância, sustentar-se em dois princípios: (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 2º, Parágrafo Único)

I - as relações institucionais entre os centros de pesquisa que compõem a RNPDC e os contratadores de seus serviços; e (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 2º, Parágrafo Único, I)

II - as necessidades de realização de pesquisas que, do ponto de vista do Ministério da Saúde, forem consideradas prioritárias ao SUS. (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 2º, Parágrafo Único, II)

Art. 3º Fica instituído, no âmbito do Ministério da Saúde, o Comitê Gestor da RNPDC, com o objetivo de programar as ações, coordenar e supervisionar a execução das atividades técnicas e administrativas que se fizerem necessárias para o bom funcionamento da RNPDC, com regulamento próprio. (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 3º)

Art. 4º Ao Comitê Gestor compete: (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 4º)

I - estabelecer diretrizes que subsidiem políticas relativas à realização de pesquisas na área de atuação da RNPDC; (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 4º, I)

II - propor, aprovar e alterar os procedimentos de cooperação das unidades da RNPDC; (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 4º, II)

III - definir critérios para admissão e exclusão de unidades na RNPDC; (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 4º, III)

IV - estimular a integração das atividades de pesquisa no âmbito da RNPDC; e (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 4º, IV)

V - delinear o planejamento orçamentário da RNPDC. (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 4º, V)

Art. 5º O Comitê Gestor da RNPDC será composto por representantes, titular e suplente, dos órgãos e entidades a seguir relacionados: (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 5º)

I - 1 (um) representante do Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (DECIT/SCITE/MS), que convocará as reuniões do Comitê Gestor; (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 5º, I)

II - 1 (um) representante do CNPq/MCTI; (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 5º, II)

III - 1 (um) representante da CAPES/MEC; (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 5º, III)

IV - 1 (um) representante do Instituto Nacional de Cardiologia; e (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 5º, IV)

V - 1 (um) representante da RNPDC. (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 5º, V)

§ 1º Os representantes, titulares e suplentes, serão indicados pelos dirigentes de seus respectivos órgãos e entidades à Coordenação do Comitê Gestor, no prazo de 30 (trinta) dias contado da data de publicação da Portaria nº 190/GM/MS, de 31 de janeiro de 2014. (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 5º, § 1º)

§ 2º As reuniões do Comitê Gestor serão coordenadas pelo representante do DECIT/SCITE/MS e, na sua ausência, por qualquer um dos membros titulares, segundo sua indicação. (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 5º, § 2º)

Art. 6º O Comitê Gestor poderá convocar entidades ou pessoas do setor público e privado, que atuem profissionalmente em atividades relacionadas à matéria, sempre que entenda necessária a sua colaboração para o pleno alcance dos seus objetivos. (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 6º)

Art. 7º As funções dos membros do Comitê Gestor não serão remuneradas e seu exercício será considerado de serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 7º)

Art. 8º O Comitê Gestor indicará um centro coordenador, por um período de três anos, como órgão de articulação, gestão das atividades da rede e operacionalização das políticas estratégicas e das prioridades de pesquisa em saúde, passível de renovação. (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 8º)

Art. 9º O Comitê Gestor elaborará, conjuntamente com o Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT/SCITE/MS), o regimento interno da Rede no prazo máximo de 90 (noventa) dias contado a partir da data de sua instalação. (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 9º)

§ 1º O Regimento Interno que trata o "caput" deverá ser apreciado quanto ao atendimento à Política Nacional de Saúde e homologado por ato específico do Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 9º, § 1º)

§ 2º O Regimento Interno deverá dispor, dentre outros, obrigatoriamente sobre: (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 9º, § 2º)

I - os critérios e procedimentos de inclusão e exclusão de membros da RNPDC; (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 9º, § 2º, I)

II - as formas de representação dos membros da RNPDC; e (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 9º, § 2º, II)

III - os fluxos de trabalho no âmbito da RNPDC. (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 9º, § 2º, III)

ANEXO XX

Rede Nacional de Terapia Celular (RNTC) (Origem: PRT MS/GM 194/2014)

Art. 1º Fica instituída a Rede Nacional de Terapia Celular (RNTC), composta por instituições de ciência, tecnologia, inovação e produção em saúde, públicas e privadas. (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 1º)

Art. 2º Constituem-se objetivos da RNTC: (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 2º)

I - estruturar o esforço nacional de pesquisa em terapia celular por meio do trabalho em rede dos grupos de pesquisa integrantes da RNTC; (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 2º, I)

II - fortalecer a infraestrutura de pesquisa existente no país em terapia celular, otimizando os recursos humanos e materiais disponíveis; (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 2º, II)

III - induzir a busca de novas parcerias, tendo por objetivo o aumento da eficiência e da competitividade institucional; e (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 2º, III)

IV - estimular as equipes de pesquisa em terapia celular a produzirem um sistema de acesso comum aos dados produzidos pelas pesquisas que envolvem esta temática. (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 2º, IV)

Parágrafo Único. O efetivo comprometimento das unidades integrantes da RNTC deverá, em qualquer circunstância, sustentar-se em dois princípios: (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 2º, Parágrafo Único)

I - as relações institucionais entre os centros de pesquisa que compõem a RNTC e os contratadores de seus serviços; e (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 2º, Parágrafo Único, I)

II - as necessidades de realização de pesquisas que, do ponto de vista do Ministério da Saúde, forem consideradas prioritárias ao SUS. (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 2º, Parágrafo Único, II)

Art. 3º Fica instituído, no âmbito do Ministério da Saúde, o Comitê Gestor da RNTC, com o objetivo de programar as ações, coordenar e supervisionar a execução das atividades técnicas e administrativas que se fizerem necessárias para o bom funcionamento da RNTC, com regulamento próprio. (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 3º)

Art. 4º Ao Comitê Gestor compete: (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 4º)

I - estabelecer diretrizes que subsidiem políticas relativas à realização de pesquisas na área de atuação da RNTC; (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 4º, I)

II - propor, aprovar e alterar os procedimentos de cooperação das unidades da RNTC; (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 4º, II)

III - definir critérios para admissão e exclusão de unidades na RNTC; (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 4º, III)

IV - estimular a integração das atividades de pesquisa no âmbito da RNTC; e (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 4º, IV)

V - delinear o planejamento orçamentário da RNTC. (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 4º, V)

Art. 5º O Comitê Gestor da RNTC será composto por representantes, titular e suplente, dos órgãos e entidades a seguir relacionados: (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 5º)

I - 1 (um) representante do Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (DECIT/SCITIE/MS), que convocará as reuniões do Comitê Gestor; (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 5º, I)

II - 1 (um) representante do CNPq/MCTI; (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 5º, II)

III - 1 (um) representante da CAPES/MEC; (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 5º, III)

IV - 1 (um) representante da ANVISA; (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 5º, IV)

V - 1 (um) representante dos Centros de Tecnologia Celular (CTC); e (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 5º, V)

VI - 1 (um) representante designado pela RNTC. (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 5º, VI)

§ 1º Os representantes, titulares e suplentes, serão indicados pelos dirigentes de seus respectivos órgãos e entidades à Coordenação do Comitê Gestor, no prazo de 30 (trinta) dias contado da data de publicação da Portaria nº 194/GM/MS, de 31 de janeiro de 2014. (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 5º, § 1º)

§ 2º As reuniões do Comitê Gestor serão coordenadas pelo representante do DECIT/SCITIE/MS e, na sua ausência, por qualquer um dos membros titulares, segundo sua indicação. (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 5º, § 2º)

Art. 6º O Comitê Gestor poderá convocar entidades ou pessoas do setor público e privado, que atuem profissionalmente em atividades relacionadas à matéria, sempre que entenda necessária a sua colaboração para o pleno alcance dos seus objetivos. (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 6º)

Art. 7º As funções dos membros do Comitê Gestor não serão remuneradas e seu exercício será considerado de serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 7º)

Art. 8º O Comitê Gestor indicará um centro coordenador, por um período de 3 (três) anos, como órgão de articulação, gestão das atividades da rede e operacionalização das políticas estratégicas e das prioridades de pesquisa em saúde, passível de renovação. (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 8º)

Art. 9º O Comitê Gestor elaborará, conjuntamente com o Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT/SCITIE/MS), o regimento interno da Rede no prazo máximo de 90 (noventa) dias contado a partir da data de sua instalação. (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 9º)

§ 1º O Regimento Interno que trata o "caput" deverá ser apreciado quanto ao atendimento à Política Nacional de Saúde e homologado por ato específico do Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 9º, § 1º)

§ 2º O Regimento Interno deverá dispor, dentre outros, obrigatoriamente sobre: (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 9º, § 2º)

I - os critérios e procedimentos de inclusão e exclusão de membros da RNTC; (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 9º, § 2º, I)

II - as formas de representação dos membros da RNTC; e (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 9º, § 2º, II)

III - os fluxos de trabalho no âmbito da RNTC. (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 9º, § 2º, III)

ANEXO XXI

Rede Nacional de Pesquisas em Doenças Negligenciadas (RNPND) (Origem: PRT MS/GM 191/2014)

Art. 1º Fica instituída a Rede Nacional de Pesquisas em Doenças Negligenciadas (RNPND), composta por instituições de ciência, tecnologia, inovação e produção em saúde, públicas e privadas. (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 1º)

Art. 2º Constituem-se objetivos da RNPND: (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 2º)

I - desenvolver atividades de pesquisa científica, tecnológica e a inovação em Doenças Negligenciadas, que contribuam de modo efetivo para o avanço do conhecimento, a geração de produtos, a formulação, implementação e avaliação de ações públicas voltadas para a melhoria das condições de saúde da população brasileira; (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 2º, I)

II - capacitar recursos humanos em pesquisas em Doenças Negligenciadas; e (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 2º, II)

III - instituir e coordenar as sub-redes de Pesquisa em Doenças Negligenciadas, considerando as diferentes doenças. (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 2º, III)

Parágrafo Único. O efetivo comprometimento das unidades integrantes da Rede deverá, em qualquer circunstância, sustentar-se em dois princípios: (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 2º, Parágrafo Único)

I - as relações institucionais entre os centros de pesquisa que compõem a RNPND e os contratadores de seus serviços; e (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 2º, Parágrafo Único, I)

II - as necessidades de realização de pesquisas que, do ponto de vista do Ministério da Saúde, forem consideradas prioritárias ao SUS. (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 2º, Parágrafo Único, II)

Art. 3º Fica instituído, no âmbito do Ministério da Saúde, o Comitê Gestor da RNPND, com o objetivo de programar as ações, coordenar e supervisionar a execução das atividades técnicas e administrativas que se fizerem necessárias para o bom funcionamento da RNPND e suas sub-redes, com regulamento próprio. (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 3º)

Art. 4º Ao Comitê Gestor compete: (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 4º)

I - estabelecer diretrizes que subsidiem políticas relativas à realização de pesquisas na área de atuação da RNPND; (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 4º, I)

II - propor, aprovar e alterar os procedimentos de cooperação das unidades da RNPND; (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 4º, II)

III - definir critérios para admissão e exclusão de unidades na RNPND; (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 4º, III)

IV - estimular a integração das atividades de pesquisa no âmbito da RNPND; e (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 4º, IV)

V - delinear o planejamento orçamentário da RNPND. (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 4º, V)

Art. 5º O Comitê Gestor da RNPND será composto por representantes, titular e suplente, dos órgãos e entidades a seguir relacionados: (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 5º)

I - 1 (um) representante do Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (DECIT/SCITE/MS), que convocará as reuniões do Comitê Gestor; (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 5º, I)

II - 1 (um) representante do CNPq/MCTI; (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 5º, II)

III - 1 (um) representante da CAPES/MEC; (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 5º, III)

IV - 1 (um) representante do Ministério da Saúde ou de suas agências/institutos que esteja diretamente vinculado à temática; e (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 5º, IV)

V - 1 (um) representante da RNPND. (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 5º, V)

§ 1º Os representantes, titulares e suplentes, serão indicados pelos dirigentes de seus respectivos órgãos e entidades à Coordenação do Comitê Gestor, no prazo de 30 (trinta) dias contado da data de publicação da Portaria nº 191/GM/MS, de 31 de janeiro de 2014. (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 5º, § 1º)

§ 2º As reuniões do Comitê Gestor serão coordenadas pelo representante do DECIT/SCITE/MS e, na sua ausência, por qualquer um dos membros titulares, segundo sua indicação. (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 5º, § 2º)

Art. 6º O Comitê Gestor poderá convocar entidades ou pessoas do setor público e privado, que atuem profissionalmente em atividades relacionadas à matéria, sempre que entenda necessária a sua colaboração para o pleno alcance dos seus objetivos. (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 6º)

Art. 7º As funções dos membros do Comitê Gestor não serão remuneradas e seu exercício será considerado de serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 7º)

Art. 8º O Comitê Gestor indicará um centro coordenador, por um período de 3 (três) anos, como órgão de articulação, gestão das atividades da Rede e operacionalização das políticas estratégicas e das prioridades de pesquisa em saúde, passível de renovação. (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 8º)

Art. 9º O Comitê Gestor elaborará, conjuntamente com o Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT/SCITE/MS), o regimento interno da Rede no prazo máximo de 90 (noventa) dias contado a partir da data de sua instalação. (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 9º)

§ 1º O Regimento Interno que trata o "caput" deverá ser apreciado quanto ao atendimento à Política Nacional de Saúde e homologado por ato específico do Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 9º, § 1º)

§ 2º O Regimento Interno deverá dispor, dentre outros, obrigatoriamente sobre: (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 9º, § 2º)

I - os critérios e procedimentos de inclusão e exclusão de membros da RNPND; (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 9º, § 2º, I)

II - as formas de representação dos membros da RNPND; (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 9º, § 2º, II)

III - os fluxos de trabalho no âmbito da RNPND. (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 9º, § 2º, III)

ANEXO XXII

Rede Nacional de Pesquisas em Acidente Vascular Cerebral (RNPAVC) (Origem: PRT MS/GM 195/2014)

Art. 1º Fica instituída a Rede Nacional de Pesquisas em Acidente Vascular Cerebral (RNPAVC), composta por instituições de ciência, tecnologia, inovação e produção em saúde, públicas e privadas. (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 1º)

Art. 2º Constituem-se objetivos da RNPAVC: (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 2º)

I - propor, implementar e acompanhar pesquisas colaborativas entre as instituições de ensino e pesquisa em acidentes vasculares cerebrais (AVC); (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 2º, I)

II - capacitar técnica e cientificamente no âmbito acadêmico e dos serviços de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 2º, II)

III - produzir, sistematizar e difundir conhecimentos voltados à melhoria da qualidade da prevenção, tratamento e promoção da saúde com foco no AVC. (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 2º, III)

Parágrafo Único. O efetivo comprometimento das unidades integrantes da Rede deverá, em qualquer circunstância, sustentar-se em dois princípios: (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 2º, Parágrafo Único)

I - as relações institucionais entre os centros de pesquisa que compõem a RNPAVC e os contratadores de seus serviços; e (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 2º, Parágrafo Único, I)

II - as necessidades de realização de pesquisas que, do ponto de vista do Ministério da Saúde, forem consideradas prioritárias ao SUS. (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 2º, Parágrafo Único, II)

Art. 3º Fica instituído, no âmbito do Ministério da Saúde, o Comitê Gestor da RNPAVC, com o objetivo de programar as ações, coordenar e supervisionar a execução das atividades técnicas e administrativas que se fizerem necessárias para o bom funcionamento da RNPAVC e suas sub-redes, com regulamento próprio. (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 3º)

Art. 4º Ao Comitê Gestor compete: (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 4º)

I - estabelecer diretrizes que subsidiem políticas relativas à realização de pesquisas na área de atuação da RNPAVC; (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 4º, I)

II - propor, aprovar e alterar os procedimentos de cooperação das unidades da RNPAVC; (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 4º, II)

III - definir critérios para admissão e exclusão de unidades na RNPAVC; (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 4º, III)

IV - estimular a integração das atividades de pesquisa no âmbito da RNPAVC; e (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 4º, IV)

V - delinear o planejamento orçamentário da RNPAVC. (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 4º, V)

Art. 5º O Comitê Gestor da RNPAVC será composto por representantes, titular e suplente, dos órgãos e entidades a seguir relacionados: (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 5º)

I - 1 (um) representante do Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (DECIT/SCITE/MS), que convocará as reuniões do Comitê Gestor; (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 5º, I)

II - 1 (um) representante do CNPq/MCTI; (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 5º, II)

III - 1 (um) representante do Ministério da Saúde ou de suas agências/institutos que esteja diretamente vinculado à temática; (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 5º, III)

IV - 1 (um) representante da RNPAVC. (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 5º, IV)

§ 1º Os representantes, titulares e suplentes, serão indicados pelos dirigentes de seus respectivos órgãos e entidades à Coordenação do Comitê Gestor, no prazo de 30 (trinta) dias contado da data de publicação da Portaria nº 195/GM/MS, de 31 de janeiro de 2014. (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 5º, § 1º)

§ 2º As reuniões do Comitê Gestor serão coordenadas pelo representante do DECIT/SCIT/MS e, na sua ausência, por qualquer um dos membros titulares, segundo sua indicação. (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 5º, § 2º)

Art. 6º O Comitê Gestor poderá convocar entidades ou pessoas do setor público e privado, que atuem profissionalmente em atividades relacionadas à matéria, sempre que entenda necessária a sua colaboração para o pleno alcance dos seus objetivos. (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 6º)

Art. 7º As funções dos membros do Comitê Gestor não serão remuneradas e seu exercício será considerado de serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 7º)

Art. 8º O Comitê Gestor indicará um centro coordenador, por um período de 3 (três) anos, como órgão de articulação, gestão das atividades da Rede e operacionalização das políticas estratégicas e das prioridades de pesquisa em saúde, passível de renovação. (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 8º)

Art. 9º O Comitê Gestor elaborará, conjuntamente com o Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT/SCIT/MS), o regimento interno da Rede no prazo máximo de 90 (noventa) dias contado a partir da data de sua instalação. (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 9º)

§ 1º O Regimento Interno que trata o "caput" deverá ser apreciado quanto ao atendimento à Política Nacional de Saúde e homologado por ato específico do Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 9º, § 1º)

§ 2º O Regimento Interno deverá dispor, dentre outros, obrigatoriamente sobre: (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 9º, § 2º)

I - os critérios e procedimentos de inclusão e exclusão de membros da RNPAVC; (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 9º, § 2º, I)

II - as formas de representação dos membros da RNPAVC; e (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 9º, § 2º, II)

III - os fluxos de trabalho no âmbito da RNPAVC. (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 9º, § 2º, III)

ANEXO XXIII

Rede Nacional de Especialistas em Zika e Doenças Correlatas (RENEZIKA) (Origem: PRT MS/GM 1046/2016)

Art. 1º Fica instituída a Rede Nacional de Especialistas em Zika e doenças correlatas (RENEZIKA). (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 1º)

Art. 2º Constituem-se objetivos da RENEZIKA: (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 2º)

I - subsidiar o Ministério da Saúde com informações de pesquisas relacionadas ao vírus Zika e doenças correlatas no âmbito da vigilância, prevenção, controle, mobilização social, atenção à saúde e ao desenvolvimento científico e tecnológico; (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 2º, I)

II - contribuir na formulação e aperfeiçoamento de protocolos e outros documentos técnicos do Ministério da Saúde relativos ao tema; (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 2º, II)

III - fortalecer a capacidade de produção de análises epidemiológicas e desenvolvimento de projetos de pesquisa prioritários sobre o assunto para o Sistema Único de Saúde (SUS); (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 2º, III)

IV - buscar fontes potenciais de financiamento para pesquisas relacionadas ao tema, otimizando a seleção e execução de parcerias; (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 2º, IV)

V - promover a participação em eventos de pesquisa, desenvolvimento e inovação tecnológica; (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 2º, V)

VI - apoiar e organizar eventos com especialistas nesta área de atuação; e (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 2º, VI)

VII - fomentar o desenvolvimento de estudos multicêntricos sobre o vírus Zika e doenças correlatas. (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 2º, VII)

Art. 3º A RENEZIKA será composta por sua Secretaria-Executiva e membros especialistas no assunto. (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 3º)

§ 1º A Secretaria-Executiva da RENEZIKA será integrada por representantes, titular e suplente, dos seguintes órgãos: (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 3º, § 1º)

I - Secretaria de Atenção à Saúde (SAS); (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 3º, § 1º, I)

II - Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), que a coordenará; (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 3º, § 1º, II)

III - Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI); (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 3º, § 1º, III)

IV - Secretaria-Executiva (SE); (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 3º, § 1º, IV)

V - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES); (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 3º, § 1º, V)

VI - Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP); e (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 3º, § 1º, VI)

VII - Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 3º, § 1º, VII)

§ 2º Os representantes, titulares e suplentes, serão indicados pelos dirigentes de seus respectivos órgãos à SCTIE, no prazo de 20 (vinte) dias contados da data de publicação da Portaria nº 1046/GM/MS, de 20 de maio de 2016. (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 3º, § 2º)

§ 3º Os representantes suplentes substituirão os titulares em seus impedimentos eventuais ou permanentes. (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 3º, § 3º)

§ 4º A Secretaria-Executiva da RENEZIKA poderá convidar para integrar a Rede entidades ou pessoas do setor público e privado, que atuem profissionalmente em atividades relacionadas à matéria, sempre que entenda necessária a sua colaboração para o pleno alcance dos seus objetivos. (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 3º, § 4º)

§ 5º A ausência, sem justificativa, a duas reuniões consecutivas da RENEZIKA acarretará a exclusão do membro e seu substituto, cabendo à SCTIE providenciar nova representação do órgão ou entidade. (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 3º, § 5º)

Art. 4º Caberá aos integrantes da RENEZIKA: (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 4º)

I - promover a integração das atividades de vigilância, prevenção, controle, mobilização social, atenção à saúde, desenvolvimento científico e tecnológico; (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 4º, I)

II - colaborar na formulação e aperfeiçoamento de protocolos e outros documentos técnicos do Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 4º, II)

III - contribuir na produção de análises epidemiológicas e desenvolvimento de projetos de pesquisa prioritários para o SUS; e (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 4º, III)

IV - assessorar o Ministério da Saúde na priorização de temas de pesquisa para a realização de chamadas públicas, bem como na avaliação de projetos de pesquisa. (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 4º, IV)

Art. 5º Poderão ser convidados, a critério da RENEZIKA, especialistas "ad hoc" para participarem de discussões técnicas, elaboração de documentos e orientações sobre temas afins. (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 5º)

Art. 6º Os membros da RENEZIKA promoverão a cessão de direitos autorais para publicações e divulgação de todo material técnico resultante de trabalhos desenvolvidos pela Rede, oriundos de interesse do Ministério da Saúde ou de demanda espontânea, na forma definida pela Portaria nº 612/GM/MS, de 26 de março de 2009. (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 6º)

Art. 7º A RENEZIKA reunir-se-á por convocação da sua Secretaria-Executiva ou a requerimento da maioria simples de seus membros. (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 7º)

§ 1º Compete à Secretaria-Executiva da RENEZIKA organizar a pauta das reuniões. (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 7º, § 1º)

§ 2º Os temas a serem abordados na pauta serão propostos pela Secretaria-Executiva da RENEZIKA. (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 7º, § 2º)

§ 3º Cabe à Coordenação da RENEZIKA organizar e divulgar aos seus membros as atas e outros documentos pertinentes às suas atividades após aprovados pelos participantes. (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 7º, § 3º)

Art. 8º As atividades desenvolvidas no âmbito da RENEZIKA não serão remuneradas e seu exercício será considerado serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 8º)

Art. 9º A Secretaria-Executiva da RENEZIKA elaborará, conjuntamente com o Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT/SCTIE/MS), proposta de regimento interno. (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 9º)

§ 1º Para ser aprovada, a proposta de regimento interno deverá ser aceita pela maioria absoluta dos membros da Rede. (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 9º, § 1º)

§ 2º O regimento interno de que trata o "caput" será homologado por ato específico do Ministro de Estado da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 9º, § 2º)

ANEXO XXIV

Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA) (Origem: PRT MS/GM 495/2006)

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Fica instituída a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), com os seguintes objetivos: (Origem: PRT MS/GM 495/2006, Art. 1º)

I - estabelecer base de informações essenciais e consistentes sobre as condições de saúde no País, facilmente acessíveis pelos diversos tipos de usuários e construídas mediante processo interinstitucional de trabalho; (Origem: PRT MS/GM 495/2006, Art. 1º, I)

II - articular a participação de instituições que contribuam para a produção, a crítica e a análise de dados e indicadores relativos às condições de saúde; (Origem: PRT MS/GM 495/2006, Art. 1º, II)

III - implementar mecanismos de apoio para o aperfeiçoamento permanente da produção de dados e informações; (Origem: PRT MS/GM 495/2006, Art. 1º, III)

IV - promover intercâmbio com outros subsistemas especializados de informação da administração pública; (Origem: PRT MS/GM 495/2006, Art. 1º, IV)

V - contribuir para o estudo de aspectos de reconhecida relevância para a compreensão do quadro sanitário brasileiro; (Origem: PRT MS/GM 495/2006, Art. 1º, V)

VI - fomentar mecanismos indutores do uso de informações essenciais para orientar processos decisórios no âmbito do SUS; e (Origem: PRT MS/GM 495/2006, Art. 1º, VI)

VII - promover ações de intercâmbio que aprimorem a gestão do conhecimento em saúde. (Origem: PRT MS/GM 495/2006, Art. 1º, VII)

Art. 2º Integrarão a RIPSA: (Origem: PRT MS/GM 495/2006, Art. 2º)

I - no âmbito do Ministério da Saúde, os órgãos da administração direta e indireta responsáveis pela produção de informações e pela gestão de políticas nacionais de saúde; (Origem: PRT MS/GM 495/2006, Art. 2º, I)

II - outras instituições, governamentais e não-governamentais, representativas dos segmentos técnicos, científicos, de gestão e de controle social, envolvidos na produção, na análise e na disseminação de dados de interesse da saúde; (Origem: PRT MS/GM 495/2006, Art. 2º, II)

III - especialistas de notório saber e renomada competência nos temas de interesse da RIPSA; e (Origem: PRT MS/GM 495/2006, Art. 2º, III)

IV - instâncias representativas das esferas de gestão estadual e municipal do Sistema Único de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 495/2006, Art. 2º, IV) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 1343/2011)

Art. 3º Para a manutenção de fluxos contínuos e dinâmicos de dados e informações, poderão ser estabelecidas parcerias com entidades especializadas, mediante formalização de compromissos ou acordos que instituem bases de cooperação com essa finalidade. (Origem: PRT MS/GM 495/2006, Art. 3º)

Parágrafo Único. A base comum de dados e indicadores adotados na RIPSA ficará sediada no Departamento de Informática do SUS (DATASUS), que desenvolverá instrumentos informacionais para provisão e consolidação de dados oriundos das instituições-fontes, tornando disponível, na internet os produtos da Rede. (Origem: PRT MS/GM 495/2006, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 4º As bases para a coordenação da RIPSA e a administração dos recursos vinculados à sua implementação serão fixadas em Termo de Cooperação com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), que propiciará apoio técnico e administrativo para operação da Rede. (Origem: PRT MS/GM 495/2006, Art. 4º)

Art. 5º Sem prejuízo do disposto no art. 4º, a RIPSA terá os seguintes mecanismos de funcionamento: (Origem: PRT MS/GM 495/2006, Art. 5º)

I - Oficina de Trabalho Interagencial (OTI), fórum principal incumbido do planejamento participativo e da condução técnica dos trabalhos da Rede, com atribuição de assessoria especializada ao Conselho Nacional de Saúde, por força

da Resolução CNS nº 279, de 6 de maio de 1998, e será integrada por representantes de instituições que se destacam na produção, na análise e na disseminação de dados e informações nacionais; (Origem: PRT MS/GM 495/2006, Art. 5º, I)

II - Comitês de Gestão de Indicadores (CGI), constituídos por entidades vinculadas a cada subconjunto temático de trabalho, com a responsabilidade de aperfeiçoar continuamente as bases de dados, mediante análises e adequações periódicas; e (Origem: PRT MS/GM 495/2006, Art. 5º, II)

III - Comitês Temáticos Interdisciplinares (CTI), constituídos, temporariamente, por proposição da OTI, para aprofundar a análise de questões metodológicas e operacionais relacionadas aos produtos da Rede. (Origem: PRT MS/GM 495/2006, Art. 5º, III)

Art. 6º Fica o Secretário de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde incumbido da Coordenação-Geral dos trabalhos da Rede e de implementar as medidas necessárias ao integral cumprimento das disposições deste Anexo. (Origem: PRT MS/GM 495/2006, Art. 6º) (com redação dada pela PRT MS/GM 1343/2011)

Parágrafo Único. O Secretário de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde designará uma equipe de trabalho para atuar como Secretaria Técnica da RIPSA, em apoio à implementação das atividades previstas no planejamento operacional dos produtos a serem acordados. (Origem: PRT MS/GM 495/2006, Art. 6º, Parágrafo Único) (com redação dada pela PRT MS/GM 1343/2011)

CAPÍTULO II

DO COMITÊ GESTOR DO INQUÉRITO NACIONAL DE SAÚDE (INS)

Art. 7º Fica instituído, no âmbito do Ministério da Saúde, o Comitê Gestor com a finalidade de planejar e coordenar a criação do Inquérito Nacional de Saúde (INS). (Origem: PRT MS/GM 1811/2009, Art. 1º)

Art. 8º Caberá ao Comitê Gestor: (Origem: PRT MS/GM 1811/2009, Art. 2º)

I - estabelecer as diretrizes gerais, planejar, organizar, fazer os levantamentos referentes às informações sobre inquéritos populacionais de saúde já realizados pelo Ministério da Saúde e aprovar o programa de trabalho a ser desenvolvido para a realização do INS; (Origem: PRT MS/GM 1811/2009, Art. 2º, I)

II - solicitar às diversas áreas do Ministério da Saúde que apresentem as suas necessidades de informação para que se possa compor os objetos, a serem pesquisados no Inquérito Nacional de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1811/2009, Art. 2º, II)

III - selecionar os objetos de pesquisa no INS; (Origem: PRT MS/GM 1811/2009, Art. 2º, III)

IV - contatar o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para realizar em conjunto com o Ministério da Saúde a execução da pesquisa do INS; (Origem: PRT MS/GM 1811/2009, Art. 2º, IV)

V - estabelecer interlocução junto aos Institutos de Ensino e Pesquisa e Universidades para levantar as experiências acumuladas em Inquéritos por eles gerenciados; (Origem: PRT MS/GM 1811/2009, Art. 2º, V)

VI - articular com a Rede Interagencial de Informação para a Saúde (RIPSA) o planejamento e realização do INS; (Origem: PRT MS/GM 1811/2009, Art. 2º, VI)

VII - definir plano de trabalho e cronograma para a realização do INS; e (Origem: PRT MS/GM 1811/2009, Art. 2º, VII)

VIII - propor e viabilizar formas de disseminação e uso das informações geradas a partir da sistematização elaborada pelo Comitê Gestor. (Origem: PRT MS/GM 1811/2009, Art. 2º, VIII)

Art. 9º O Comitê Gestor será composto por representantes, titulares e suplentes, dos seguintes órgãos e entidade do Ministério da Saúde, sob a coordenação do primeiro: (Origem: PRT MS/GM 1811/2009, Art. 3º)

I - Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS); (Origem: PRT MS/GM 1811/2009, Art. 3º, I)

II - Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE); (Origem: PRT MS/GM 1811/2009, Art. 3º, II)

III - Secretaria-Executiva (SE); e (Origem: PRT MS/GM 1811/2009, Art. 3º, III)

IV - Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). (Origem: PRT MS/GM 1811/2009, Art. 3º, IV)

Parágrafo Único. Os membros, titulares e suplentes, do Comitê deverão ser indicados respectivamente pelos órgãos e entidade, à coordenação do Comitê. (Origem: PRT MS/GM 1811/2009, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 10. O Comitê poderá convidar entidades ou pessoas do setor público e privado, que atuem profissionalmente em atividades relacionadas ao objeto deste Capítulo, sempre que entenda necessária a sua colaboração para o pleno alcance dos seus objetivos. (Origem: PRT MS/GM 1811/2009, Art. 4º)

Art. 11. As funções dos membros do Comitê não serão remuneradas e seu exercício será considerado serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 1811/2009, Art. 5º)

ANEXO XXV

Políticas Informadas por Evidências (EVIDENCE-INFORMED POLICY NETWORK – EVIPNET) (Origem: PRT MS/GM 2363/2009)

Art. 1º Fica instituído o Conselho Consultivo do Projeto EVIPNet Brasil, com a finalidade de propor temas, estabelecer prioridades, elaborar plano de trabalho, estabelecer metodologias, validar sumários executivos de evidências e avaliar resultados para aperfeiçoamento e sustentabilidade da rede. (Origem: PRT MS/GM 2363/2009, Art. 1º)

Art. 2º Compõem o Conselho Consultivo as seguintes instituições, que designarão um representante titular e respectivo suplente: (Origem: PRT MS/GM 2363/2009, Art. 2º)

I - Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 2363/2009, Art. 2º, I)

a) Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), por meio do Departamento de Ciência e Tecnologia; (Origem: PRT MS/GM 2363/2009, Art. 2º, I, a) (com redação dada pela PRT MS/GM 2001/2013)

b) Secretaria-Executiva (SE); (Origem: PRT MS/GM 2363/2009, Art. 2º, I, b) (com redação dada pela PRT MS/GM 2001/2013)

c) Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS); (Origem: PRT MS/GM 2363/2009, Art. 2º, I, c) (com redação dada pela PRT MS/GM 2001/2013)

d) Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP); (Origem: PRT MS/GM 2363/2009, Art. 2º, I, d) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 2001/2013)

e) Secretaria de Atenção à Saúde (SAS); (Origem: PRT MS/GM 2363/2009, Art. 2º, I, e) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 2001/2013)

f) Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI); (Origem: PRT MS/GM 2363/2009, Art. 2º, I, f) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 2001/2013)

g) Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). (Origem: PRT MS/GM 2363/2009, Art. 2º, I, g) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 2001/2013)

II - Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS); (Origem: PRT MS/GM 2363/2009, Art. 2º, II) (com redação dada pela PRT MS/GM 2001/2013)

III - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme/OPAS/OMS); (Origem: PRT MS/GM 2363/2009, Art. 2º, III) (com redação dada pela PRT MS/GM 2001/2013)

IV - Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco); (Origem: PRT MS/GM 2363/2009, Art. 2º, IV) (com redação dada pela PRT MS/GM 2001/2013)

V - Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); (Origem: PRT MS/GM 2363/2009, Art. 2º, V) (com redação dada pela PRT MS/GM 2001/2013)

VI - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); e (Origem: PRT MS/GM 2363/2009, Art. 2º, VI) (com redação dada pela PRT MS/GM 2001/2013)

VII - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). (Origem: PRT MS/GM 2363/2009, Art. 2º, VII) (com redação dada pela PRT MS/GM 2001/2013)

Art. 3º A coordenação do Conselho Consultivo da EVIPNet Brasil será exercida pelo Departamento de Ciência e Tecnologia, da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2363/2009, Art. 3º)

Art. 4º O Conselho Consultivo deverá reunir-se, ordinariamente, a cada seis meses e, extraordinariamente, sempre que a coordenação assim o convocar. (Origem: PRT MS/GM 2363/2009, Art. 4º)

ANEXO XXVI

[\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.694 de 23.07.2021\)](#)

Art. 1º A Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (Renaveh) tem como objetivo permitir o conhecimento, a detecção, a preparação e a resposta imediata às emergências em saúde pública que ocorram no âmbito hospitalar. [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.694 de 23.07.2021\)](#)

Art. 2º A Renaveh é constituída pelos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE), instituídos no âmbito dos hospitais estratégicos vinculados ao Ministério da Saúde. [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.694 de 23.07.2021\)](#)

§ 1º Os NHE que integram a Renaveh serão identificados pelos gestores locais, mediante pactuação nas comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS). [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.694 de 23.07.2021\)](#)

§ 2º Os hospitais estratégicos, para fins deste Anexo, serão definidos de acordo com a importância epidemiológica para a Rede, considerado os critérios estabelecidos pelo Ministério Saúde. [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.694 de 23.07.2021\)](#)

§ 3º Os NHE deverão operar como unidade sentinela no território. [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.694 de 23.07.2021\)](#)

Art. 3º No âmbito da Renaveh compete ao Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS): [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.694 de 23.07.2021\)](#)

I - coordenar a Renaveh em articulação com as estratégias de emergência em saúde pública; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.694 de 23.07.2021\)](#)

II - realizar orientação técnica, promover e apoiar o processo de capacitação de recursos humanos voltados ao desenvolvimento das atividades inerentes ao NHE; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.694 de 23.07.2021\)](#)

III - elaborar orientação técnica referente ao desenvolvimento das atividades dos NHE que compõem a Renaveh; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.694 de 23.07.2021\)](#)

IV - definir e operacionalizar o processo de monitoramento e avaliação da Vigilância Epidemiológica Hospitalar (VEH), em articulação com os gestores estaduais e municipais do SUS; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.694 de 23.07.2021\)](#)

V - monitorar, avaliar e divulgar o perfil de morbimortalidade hospitalar; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.694 de 23.07.2021\)](#)

VI - participar, juntamente com outros setores do Ministério da Saúde e demais órgãos interessados, da elaboração e da avaliação de protocolos clínicos assistenciais das doenças e agravos de notificação compulsória no ambiente hospitalar; e [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.694 de 23.07.2021\)](#)

VII - monitorar os sistemas de informação nacionais de interesse para vigilância epidemiológica hospitalar, em articulação com os gestores estaduais e municipais do SUS. [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.694 de 23.07.2021\)](#)

Art. 4º Compete ao gestor estadual do SUS no âmbito da Renaveh: [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.694 de 23.07.2021\)](#)

I - identificar os hospitais estratégicos para compor a Rede em seu território, nos termos do § 2º do art. 2º deste Anexo; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.694 de 23.07.2021\)](#)

II - coordenar, em seu âmbito de ação, a VEH articulada com os atores estratégicos da resposta às emergências em saúde pública; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.694 de 23.07.2021\)](#)

III - elaborar orientações técnicas complementares às orientações do Ministério da Saúde, sempre que necessário, em articulação com os gestores municipais do SUS; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.694 de 23.07.2021\)](#)

IV - apoiar tecnicamente os hospitais na implantação dos NHE a serem vinculados à Renaveh, por meio de orientação técnica e promover a capacitação de recursos humanos; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.694 de 23.07.2021\)](#)

V - apoiar a estruturação e a manutenção dos NHE de hospitais de gestão estadual que integrarão a Renaveh; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.694 de 23.07.2021\)](#)

VI - executar as ações de vigilância epidemiológica hospitalar no âmbito de suas unidades hospitalares; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.694 de 23.07.2021\)](#)

VII - auxiliar as unidades hospitalares municipais na execução de ações de vigilância epidemiológica; e [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.694 de 23.07.2021\)](#)

VIII - monitorar e avaliar, no seu âmbito de ação, a vigilância epidemiológica em âmbito hospitalar em articulação com os gestores municipais. [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.694 de 23.07.2021\)](#)

Art. 5º Compete ao gestor municipal do SUS no âmbito da Renaveh: [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.694 de 23.07.2021\)](#)

I - identificar os hospitais estratégicos para compor a Rede em seu território, nos termos do § 2º do art. 2º deste Anexo; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.694 de 23.07.2021\)](#)

II - apoiar tecnicamente os hospitais na implantação dos NHE, por meio de orientação técnica e promover a capacitação de recursos humanos; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.694 de 23.07.2021\)](#)

III - apoiar a estruturação e a manutenção dos NHE que passarem a integrar a Rede; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.694 de 23.07.2021\)](#)

IV - elaborar orientação técnicas complementares às orientações do Ministério da Saúde sempre que necessário, em articulação com gestor estadual; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.694 de 23.07.2021\)](#)

V - coordenar, em seu âmbito de ação, a VEH, articulada com os atores estratégicos da resposta às emergências em saúde pública; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.694 de 23.07.2021\)](#)

VI - executar as ações desencadeadas conforme as atividades de vigilância epidemiológica realizadas no âmbito hospitalar em seu território; e [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.694 de 23.07.2021\)](#)

VII - monitorar e avaliar, em seu âmbito de ação, a VEH em articulação com o gestor estadual. [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.694 de 23.07.2021\)](#)

Art. 6º As atividades dos NHE vinculados à Renaveh deverão observar as atividades estabelecidas no art. 335-U da Seção VI do Capítulo XIII do Título II da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5 de 28 de setembro de 2017. [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.694 de 23.07.2021\)](#)

Art. 7º As instalações físicas dos NHE vinculados à Renaveh devem ser adequadas, incluindo computador conectado à internet, que possibilite a utilização de programas e sistemas de informação nacionais. [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.694 de 23.07.2021\)](#)

Art. 8º Os NHE deverão ser compostos por profissionais com formação superior ou intermediária (nível técnico) e, preferencialmente, com conhecimentos e experiência em vigilância epidemiológica. [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.694 de 23.07.2021\)](#)

§ 1º É recomendado que a equipe de que trata o caput seja multidisciplinar, dimensionada e estruturada para o cumprimento integral das atividades inerentes a sua função. [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.694 de 23.07.2021\)](#)

§ 2º Os profissionais de que trata o caput devem ser designados pelo gestor do hospital em articulação com o responsável pela Renaveh no âmbito estadual e municipal. [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.694 de 23.07.2021\)](#)

§ 3º O responsável pelo NHE vinculado à Renaveh deve ser, preferencialmente, um profissional de saúde de nível superior com experiência em vigilância em saúde. [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.694 de 23.07.2021\)](#)

Art. 9º A organização dos NHE vinculados à Renaveh no Distrito Federal compreenderá, no que couber, simultaneamente, as competências referentes aos Estados e Municípios. [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.694 de 23.07.2021\)](#)

ANEXO XXVII

[\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.802 de 03.08.2021\)](#)

Art. 1º Fica instituída a Rede de Vigilância, Alerta e Resposta às Emergências em Saúde Pública do Sistema Único de Saúde - Rede VIGIAR- SUS, no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, com finalidade de aprimorar a capacidade de preparação e resposta do país às emergências em saúde pública. [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.802 de 03.08.2021\)](#)

Art. 2º São objetivos da Rede VIGIAR-SUS: [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.802 de 03.08.2021\)](#)

I - fomentar a ampliação da estrutura de vigilância, alerta e resposta às emergências em saúde pública no SUS; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.802 de 03.08.2021\)](#)

II - fortalecer a capacidade de vigilância, alerta e respostas às emergências em saúde pública no país; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.802 de 03.08.2021\)](#)

III - estabelecer estratégias de resposta coordenada às emergências em saúde pública em articulação com Estados, Municípios e Distrito Federal; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.802 de 03.08.2021\)](#)

IV - realizar detecção oportuna de mudanças no cenário epidemiológico, com alerta imediato às instâncias de gestão do SUS; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.802 de 03.08.2021\)](#)

V - garantir a articulação e integração das ações de vigilância, alerta e resposta às emergências em saúde pública em instituições de saúde públicas e privadas; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.802 de 03.08.2021\)](#)

VI - promover ações oportunas para interromper, mitigar ou minimizar os efeitos de surtos, epidemias e pandemias na saúde da população; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.802 de 03.08.2021\)](#)

VII - desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos causados por surtos, epidemias e pandemias; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.802 de 03.08.2021\)](#)

VIII - monitorar e avaliar as ações de vigilância, alerta e resposta às emergências em saúde pública; e [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.802 de 03.08.2021\)](#)

IX - avaliar os potenciais impactos da saúde humana decorrentes de emergências em saúde pública para o bem estar da população. [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.802 de 03.08.2021\)](#)

Art. 3º São diretrizes da Rede VIGIAR-SUS: [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.802 de 03.08.2021\)](#)

I - implementação de ações voltadas à saúde pública, com intervenções individuais ou coletivas, em todos os pontos de atenção da Rede do SUS; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.802 de 03.08.2021\)](#)

II - gestão de risco por meio de estratégias para identificação, planejamento, intervenção, comunicação e monitoramento de riscos de doenças e agravos e eventos com potencial emergências em saúde pública; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.802 de 03.08.2021\)](#)

III - detecção, monitoramento e resposta às emergências em saúde pública e promoção de estratégias para implementação, manutenção e fortalecimento das capacidades básicas de vigilância em saúde; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.802 de 03.08.2021\)](#)

IV - produção de evidências a partir da análise da situação de saúde da população de forma a fortalecer a gestão e as práticas em saúde coletiva; e [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.802 de 03.08.2021\)](#)

V - cooperação e intercâmbio técnico-científico no âmbito nacional e internacional. [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.802 de 03.08.2021\)](#)

Art. 4º Para operacionalização da Rede VIGIAR-SUS cabe: [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.802 de 03.08.2021\)](#)

I - à União, por intermédio do Ministério da Saúde, apoiar a implementação, incentivo financeiro, monitoramento e avaliação da Rede em todo território nacional; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.802 de 03.08.2021\)](#)

II - aos Estados, por meio de suas Secretarias de Saúde, implementar e apoiar a execução das atividades sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede no território estadual; e [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.802 de 03.08.2021\)](#)

III - aos Municípios, por meio de suas secretarias de saúde, a implementar, executar as atividades sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede no território municipal. [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.802 de 03.08.2021\)](#)

Art. 5º A Rede VIGIAR-SUS tem como componentes: [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.802 de 03.08.2021\)](#)

I - Centros de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde - CIEVS; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.802 de 03.08.2021\)](#)

II - Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar - RENAVEH; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.802 de 03.08.2021\)](#)

III - Rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito - RNSVO; e [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.802 de 03.08.2021\)](#)

IV - Equipes de Pronto Resposta do Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde - EpiSUS. [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.802 de 03.08.2021\)](#)

Art. 6º Ao CIEVS constitui-se como o centro de comunicação da Rede VIGIAR-SUS, com as seguintes competências: [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.802 de 03.08.2021\)](#)

I - gerenciar informações, monitorar e avaliar indicadores estratégicos para a preparação e resposta às emergências em saúde pública; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.802 de 03.08.2021\)](#)

II - fomentar a captação de notificações, mineração, manejo e análise de dados e informações estratégicas para a preparação e resposta às emergências em saúde pública; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.802 de 03.08.2021\)](#)

III - congregar mecanismos de comunicação avançados permitindo oportunizar ações imediatas; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.802 de 03.08.2021\)](#)

IV - receber dos demais componentes da Rede VIGIAR-SUS informações sobre mudanças no cenário epidemiológico nacional; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.802 de 03.08.2021\)](#)

V - analisar as informações recebidas sobre mudanças no cenário epidemiológico nacional; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.802 de 03.08.2021\)](#)

VI - manter comunicação ativa com os demais componentes da Rede VIGIAR-SUS; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.802 de 03.08.2021\)](#)

VII - acionar os demais componentes da Rede VIGIAR-SUS para a tomada de providências de acordo com as competências definidas neste Anexo, com a finalidade de interromper, mitigar ou minimizar os efeitos de surtos, epidemias e pandemias na saúde da população; e [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.802 de 03.08.2021\)](#)

VIII - manter comunicação ativa com os órgãos ou entidades responsáveis quando identificados casos de emergência ou potenciais emergências em saúde pública, para a tomada de providências imediatas com a finalidade de interromper, mitigar ou minimizar os efeitos de surtos, epidemias e pandemias na saúde da população. [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.802 de 03.08.2021\)](#)

Art. 7º Compete à Renaveh, no âmbito da Rede VIGIAR-SUS: [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.802 de 03.08.2021\)](#)

I - realizar o conhecimento, detecção, monitoramento e resposta às emergências ou potenciais emergências em saúde pública que ocorram nos hospitais vinculados à rede; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.802 de 03.08.2021\)](#)

II - manter comunicação ativa e sistemática com o CIEVS acerca de mudanças no cenário epidemiológico e no perfil de morbimortalidade hospitalar; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.802 de 03.08.2021\)](#)

III - encaminhar ao CIEVS diagnóstico epidemiológico da unidade hospitalar sempre que identificadas mudanças no cenário epidemiológico; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.802 de 03.08.2021\)](#)

IV - realizar a investigação epidemiológica das doenças, agravos, eventos constantes na lista nacional de doenças e agravos de notificação compulsória, detectados no ambiente hospitalar, incluindo as atividades de interrupção da cadeia de transmissão de casos e surtos, quando pertinentes, segundo as normas e procedimentos estabelecidos pelo Ministério da Saúde; e [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.802 de 03.08.2021\)](#)

V - cooperar com a investigação de surtos de Doenças de Notificação Compulsória e Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS). [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.802 de 03.08.2021\)](#)

Parágrafo único. As competências estabelecidas no caput são executadas pelos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE), observadas as competências estabelecidas na art.335-U da Seção VI do Capítulo XII do Título II da Portaria GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017. [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.802 de 03.08.2021\)](#)

Art. 8º Compete à RNSVO, no âmbito da Rede VIGIAR-SUS: [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.802 de 03.08.2021\)](#)

I - constatar o esclarecimento da causa de eventual morte para aperfeiçoar a qualidade da informação sobre mortalidade, colaborando assim com a resposta às emergências em saúde pública; e [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.802 de 03.08.2021\)](#)

II - manter comunicação ativa e sistemática com o CIEVS sobre: [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.802 de 03.08.2021\)](#)

a) óbitos suspeitos de causa de notificação compulsória ou de agravo inusitado à saúde; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.802 de 03.08.2021\)](#)

b) óbitos sem elucidação diagnóstica; e [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.802 de 03.08.2021\)](#)

c) qualquer outro indício de mudança no cenário epidemiológico. [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.802 de 03.08.2021\)](#)

Art. 9º Compete ao EpiSUS, no âmbito da Rede VIGIAR-SUS: [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.802 de 03.08.2021\)](#)

I - atuar frente às investigações epidemiológicas, quando identificada mudança no cenário epidemiológico; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.802 de 03.08.2021\)](#)

II - colaborar no planejamento e condução de investigações e estudos epidemiológicos de surtos, epidemias, pandemias e outros eventos de saúde pública, incluindo a coleta, a análise, a descrição e a interpretação de dados para orientar a rápida tomada de decisão dos gestores do SUS e dos respectivos órgãos e entidades envolvidas na situação emergencial; [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.802 de 03.08.2021\)](#)

III - colaborar e conduzir avaliações de sistemas de vigilância em saúde ou programas específicos de saúde pública e análise de dados gerados pelos sistemas de informação oficiais do Ministério da Saúde, quando identificadas mudanças no cenário epidemiológico; e [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.802 de 03.08.2021\)](#)

IV - direcionar as ações de prevenção e controle de eventos relacionados à emergências ou potenciais emergências em saúde pública. [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.802 de 03.08.2021\)](#)

Art. 10. Compete à Secretaria de Vigilância em Saúde: [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.802 de 03.08.2021\)](#)

I - a coordenação da Rede VIGIAR-SUS; e [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.802 de 03.08.2021\)](#)

II - a edição de normas específicas para o funcionamento da Rede, pactuadas de forma tripartite. ([Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.802 de 03.08.2021](#))

Art. 11. A Rede VIGIAR-SUS acionará, quando necessário, órgãos e entidades governamentais e não governamentais externos a Rede pelos meios oficiais para preparação, vigilância e resposta às emergências em saúde pública. ([Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.802 de 03.08.2021](#))

[\[Acesso à Matriz de Consolidação: Compêndio com informações estruturadas em abas - Atual. até 28.09.2017\]](#)

Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde



Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro
Comissão Intergestores Tripartite

PORTARIA Nº 2048, DE 5 DE NOVEMBRO DE 2002

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais,

Considerando que a área de Urgência e Emergência constitui-se em um importante componente da assistência à saúde;

Considerando o crescimento da demanda por serviços nesta área nos últimos anos, devido ao aumento do número de acidentes e da violência urbana e a insuficiente estruturação da rede assistencial, que têm contribuído decisivamente para a sobrecarga dos serviços de Urgência e Emergência disponibilizados para o atendimento da população;

Considerando as ações já desenvolvidas pelo Ministério da Saúde que, em parceria com as Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, tem realizado grandes esforços no sentido de implantar um processo de aperfeiçoamento do atendimento às urgências e emergências no País, tanto pela criação de mecanismos para a implantação de Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento às Urgências e Emergências como pela realização de investimentos relativos ao custeio e adequação física e de equipamentos dos serviços integrantes destas redes, na área de assistência pré-hospitalar, nas Centrais de Regulação, na capacitação de recursos humanos, na edição de normas específicas para a área e na efetiva organização e estruturação das redes assistenciais na área de urgência e emergência;

Considerando a necessidade de aprofundar o processo de consolidação dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, aperfeiçoar as normas já existentes e ampliar o seu escopo e ainda a necessidade de melhor definir uma ampla política nacional para esta área, com a organização de sistemas regionalizados, com referências previamente pactuadas e efetivadas sob regulação médica, com hierarquia resolutive e responsabilização sanitária, universalidade de acesso, integralidade na atenção e equidade na alocação de recursos e ações do Sistema de acordo com as diretrizes gerais do Sistema Único de Saúde e a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2002;

Considerando a grande extensão territorial do País, que impõe distâncias significativas entre municípios de pequeno e médio porte e seus respectivos municípios de referência para a atenção hospitalar especializada e de alta complexidade, necessitando, portanto, de serviços intermediários em complexidade, capazes de garantir uma cadeia de reanimação e estabilização para os pacientes graves e uma cadeia de cuidados imediatos e resolutivos para os pacientes agudos não-graves;

Considerando a necessidade de ordenar o atendimento às Urgências e Emergências, garantindo acolhimento, primeira atenção qualificada e resolutive para as pequenas e médias urgências, estabilização e referência adequada dos pacientes graves dentro do Sistema Único de Saúde, por meio do acionamento e intervenção das Centrais de Regulação Médica de Urgências;

Considerando a expansão de serviços públicos e privados de atendimento pré-hospitalar móvel e de transporte inter-hospitalar e a necessidade de integrar estes serviços à lógica dos sistemas de urgência, com regulação médica e presença de equipe de saúde qualificada para as especificidades deste atendimento e a obrigatoriedade da presença do médico nos casos que necessitem suporte avançado à vida, e

Considerando a necessidade de estimular a criação de estruturas capazes de problematizar a realidade dos serviços e estabelecer o nexo entre trabalho e educação, de forma a resgatar o processo de capacitação e educação continuada para o desenvolvimento dos serviços e geração de impacto em saúde dentro de cada nível de atenção e ainda de propor currículos mínimos de capacitação e habilitação para o atendimento às urgências, em face dos inúmeros conteúdos programáticos e cargas horárias existentes no país e que não garantem a qualidade do aprendizado, resolve:

Art. 1º Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.

§ 1º O Regulamento ora aprovado estabelece os princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, as normas e critérios de funcionamento, classificação e cadastramento de serviços e envolve temas como a elaboração dos Planos Estaduais de Atendimento às Urgências e Emergências, Regulação Médica das Urgências e Emergências, atendimento pré-hospitalar, atendimento pré-hospitalar móvel, atendimento hospitalar, transporte inter-hospitalar e ainda a criação de Núcleos de Educação em Urgências e proposição de grades curriculares para capacitação de recursos humanos da área;

§ 2º Este Regulamento é de caráter nacional devendo ser utilizado pelas Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios na implantação dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, na avaliação, habilitação e cadastramento de serviços em todas as modalidades assistenciais, sendo extensivo ao setor privado que atue na área de urgência e emergência, com ou sem vínculo com a prestação de serviços aos usuários do Sistema Único de Saúde.

Art. 2º Determinar às Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, de acordo com as respectivas condições de gestão e a divisão de responsabilidades definida na Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUUS 01/2002, a adoção das providências necessárias à implantação dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, à organização das redes assistenciais deles integrantes e à organização/habilitação e cadastramento dos serviços, em todas as modalidades assistenciais, que integrarão estas redes, tudo em conformidade com o estabelecido no Regulamento Técnico aprovado por esta Portaria, bem como a designação, em cada estado, do respectivo Coordenador do Sistema Estadual de Urgência e Emergência.

§ 1º As Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal devem estabelecer um planejamento de distribuição regional dos Serviços, em todas as modalidades assistenciais, de maneira a constituir o Plano Estadual de Atendimento às Urgências e Emergências conforme estabelecido no Capítulo I do Regulamento Técnico desta Portaria e adotar as providências necessárias à organização/habilitação e cadastramento dos serviços que integrarão o Sistema Estadual de Urgência e Emergência;

§ 2º A abertura de qualquer Serviço de Atendimento às Urgências e Emergências deverá ser precedida de consulta ao Gestor do SUS, de nível local ou estadual, sobre as normas vigentes, a necessidade de sua criação e a possibilidade de cadastramento do mesmo, sem a qual o SUS não se obriga ao cadastramento.

§ 3º Uma vez concluída a fase de Planejamento/Distribuição de Serviços conforme estabelecido no § 1º, confirmada a necessidade do cadastramento e conduzido o processo de seleção de prestadores de serviço pelo Gestor do SUS, o processo de cadastramento deverá ser formalizado pela Secretaria de Saúde do estado, do Distrito Federal ou do município em Gestão Plena do Sistema Municipal, de acordo com as respectivas condições de gestão e a divisão de responsabilidades estabelecida na Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002.

§ 4º O Processo de Cadastramento deverá ser instruído com:

a - Documentação comprobatória do cumprimento das exigências estabelecidas no Regulamento Técnico aprovado por esta Portaria.

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 nesta Portaria;

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 em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, deverá constar, além do parecer do gestor local, o parecer do gestor estadual do SUS, que será responsável pela integração do Centro à rede estadual e a definição dos fluxos de referência e contra-referência dos pacientes.

§ 5º Uma vez emitido o parecer a respeito do cadastramento pelo(s) Gestor(es) do SUS e se o mesmo for favorável, o Processo deverá ser encaminhado da seguinte forma:

a - Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar, Pré-Hospitalar Móvel, e Hospitalar de Unidades Gerais de Tipo I ou II – o cadastramento deve ser efetivado pelo próprio gestor do SUS;

b - Unidades de Referência Hospitalar em Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo I, II ou III – remeter o processo para análise ao Ministério da Saúde/SAS, que o avaliará e, uma vez aprovado o cadastramento, a Secretaria de Assistência à Saúde tomará as providências necessárias à sua publicação.

Art. 3º Alterar o Artigo 2º da Portaria GM/MS nº 479, de 15 de abril de 1999, que estabelece os critérios para a classificação e inclusão dos hospitais nos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergência, que passa a ter a redação dada pelo contido no Capítulo V do Regulamento Técnico constante do Anexo desta Portaria no que diz respeito às Unidades Hospitalares de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo I, II e III.

§ 1º Ficam mantidos todos os demais Artigos e parágrafos da Portaria GM/MS nº 479, de 15 de abril de 1999;

§ 2º Ficam convalidados todos os atos que tenham sido praticados até a presente data relacionados com a classificação, cadastramento e inclusão de hospitais nos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências, com base no estabelecido na Portaria GM/MS nº 479, de 15 de abril de 1999;

§ 3º A partir da publicação da presente Portaria, a classificação, cadastramento e inclusão de novas Unidades Hospitalares de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo I, II ou III deverá se dar em cumprimento ao estabelecido no Capítulo V do Regulamento Técnico ora aprovado e no Artigo 2º desta Portaria.

Art. 4º Determinar à Secretaria de Assistência à Saúde, dentro de seus respectivos limites de competência, a adoção das providências necessárias à plena aplicação das recomendações contidas no texto ora aprovado.

Art. 5º Estabelecer o prazo de 2 (dois) anos para a adaptação dos serviços de atendimento às urgências e emergências já existentes e em funcionamento, em todas as modalidades assistenciais, às normas e critérios estabelecidos pelo Regulamento Técnico aprovado por esta Portaria.

§ 1º As Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal, devem, dentro do prazo estabelecido, adotar as providências necessárias para dar pleno cumprimento ao disposto nesta Portaria e classificar, habilitar e cadastrar os serviços de atendimento às urgências e emergências já existentes e em funcionamento;

§ 2º Para a classificação, habilitação e cadastramento de novos serviços de atendimento às urgências e emergências, em qualquer modalidade assistencial, esta Portaria tem efeitos a contar de sua publicação.

Art. 6º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando a Portaria GM/MS nº 814, de 01 de junho de 2001.

BARJAS NEGRI

ANEXO

SISTEMAS ESTADUAIS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

REGULAMENTO TÉCNICO

INTRODUÇÃO

A área de Urgência e Emergência constitui-se em um importante componente da assistência à saúde. A crescente demanda por serviços nesta área nos últimos anos, devida ao crescimento do número de acidentes e da violência urbana e à insuficiente estruturação da rede são fatores que têm contribuído decisivamente para a sobrecarga de serviços de Urgência e Emergência disponibilizados para o atendimento da população. Isso tem transformado esta área numa das mais problemáticas do Sistema de Saúde.

O aumento dos casos de acidentes e violência tem forte impacto sobre o SUS e o conjunto da sociedade. Na assistência, este impacto pode ser medido diretamente pelo aumento dos gastos realizados com internação hospitalar, assistência em UTI e a alta taxa de permanência hospitalar deste perfil de pacientes. Na questão social, pode ser verificado pelo aumento de 30% no índice APVP (Anos Potenciais de Vida Perdidos) em relação a acidentes e violências nos últimos anos, enquanto que por causas naturais este dado encontra-se em queda.

A assistência às urgências se dá, ainda hoje, predominantemente nos “serviços” que funcionam exclusivamente para este fim – os tradicionais pronto-socorros – estando estes adequadamente estruturados e equipados ou não. Abertos nas 24 horas do dia, estes serviços acabam por funcionar como “porta-de-entrada” do sistema de saúde, acolhendo pacientes de urgência propriamente dita, pacientes com quadros percebidos como urgências, pacientes desgarrados da atenção primária e especializada e as urgências sociais. Tais demandas misturam-se nas unidades de urgência superlotando-as e comprometendo a qualidade da assistência prestada à população. Esta realidade assistencial é, ainda, agravada por problemas organizacionais destes serviços como, por exemplo, a falta de triagem de risco, o que determina o atendimento por ordem de chegada sem qualquer avaliação prévia do caso, acarretando, muitas

vezes, graves prejuízos aos pacientes. Habitualmente, as urgências “sangrantes” e ruidosas são priorizadas, mas, infelizmente, é comum que pacientes com quadros mais graves permaneçam horas aguardando pelo atendimento de urgência, mesmo já estando dentro de um serviço de urgência. Como exemplo desta situação pode-se citar o caso de um idoso com doença pulmonar obstrutiva crônica em episódio de agudização cursando com insuficiência <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2048.htm> (5 of 147)27/08/2010 09:27:21 Nova pagina 1 respiratória ou, ainda, uma importante arritmia cardíaca cursando com hipoxemia.

Outra situação preocupante para o sistema de saúde é a verificada “proliferação” de unidades de “pronto atendimento” que oferecem atendimento médico nas 24 horas do dia, porém sem apoio para elucidação diagnóstica, sem equipamentos e materiais para adequada atenção às urgências e, ainda, sem qualquer articulação com o restante da rede assistencial. Embora cumprindo papel no escoamento das demandas reprimidas não satisfeitas na atenção primária, estes serviços oferecem atendimentos de baixa qualidade e pequena resolubilidade, que implicam em repetidos retornos e enorme produção de “consultas de urgência”.

O Ministério da Saúde, ciente dos problemas existentes e, em parceria com as Secretarias de Saúde dos estados e municípios, tem contribuído decididamente para a reversão deste quadro amplamente desfavorável à assistência da população. Diversas medidas já foram adotadas, das quais podemos destacar aquelas reunidas no Programa de Apoio à Implantação de Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgência e Emergência. Além de realizar investimentos relativos ao custeio e adequação física e de equipamentos dos serviços integrantes destas redes, na área de assistência pré-hospitalar, nas Centrais de Regulação e de promover a capacitação de recursos humanos, grandes esforços têm sido empreendidos na efetiva organização e estruturação das redes assistenciais na área de urgência e emergência.

Com o objetivo de aprofundar este processo de consolidação dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, aperfeiçoando as normas já existentes e ampliando o seu escopo, é que está sendo publicado o presente Regulamento Técnico. A implantação de redes regionalizadas e hierarquizadas de atendimento, além de permitir uma melhor organização da assistência, articular os serviços, definir fluxos e referências resolutivas é elemento indispensável para que se promova a universalidade do acesso, a equidade na alocação de recursos e a integralidade na atenção prestada. Assim, torna-se imperativo estruturar os Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência de forma a envolver toda a rede assistencial, desde a rede pré-hospitalar, (unidades básicas de saúde, programa de saúde da família (PSF), ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias, unidades não hospitalares), serviços de atendimento pré-hospitalar móvel (SAMU, Resgate, ambulâncias do setor privado, etc.), até a rede hospitalar de alta complexidade, capacitando e responsabilizando cada um destes componentes da rede assistencial pela atenção a uma determinada parcela da demanda de urgência, respeitados os limites de sua complexidade e capacidade de resolução. Estes diferentes níveis de atenção devem relacionar-se de forma complementar por meio de mecanismos organizados e regulados de referência e contra referência, sendo de fundamental importância que cada serviço se reconheça como parte integrante deste Sistema, acolhendo e atendendo adequadamente a parcela da demanda que lhe ocorre e se responsabilizando pelo encaminhamento desta clientela quando a unidade não tiver os recursos necessários a tal atendimento.

CAPÍTULO I

PLANO ESTADUAL DE ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

O Sistema Estadual de Urgência e Emergência deve se estruturar a partir da leitura ordenada das necessidades sociais em saúde e sob o imperativo das necessidades humanas nas urgências. O diagnóstico destas necessidades deve ser feito a partir da observação e da avaliação dos territórios sociais com seus diferentes grupos humanos, da utilização de dados de morbidade e mortalidade disponíveis e da observação das doenças emergentes. Deve-se também compor um quadro detalhado dos recursos existentes, levando-se em consideração sua quantidade, localização, acesso, complexidade, capacidade operacional e técnica. Do confronto das necessidades diagnosticadas com as ofertas existentes, poderemos visualizar as deficiências do sistema e projetar suas correções, num processo de planejamento ascendente e dinâmico, sustentado por políticas públicas orientadas pela equidade e permeadas pela idéia da promoção intersetorial da saúde, como forma de manter e aumentar a autonomia dos indivíduos, através das ações de prevenção das doenças, educação, proteção e recuperação da saúde e reabilitação dos indivíduos já acometidos por agravos que afetaram, em alguma medida, sua autonomia. É imprescindível que estes diagnósticos sejam amplamente discutidos com todos os atores sociais envolvidos na promoção, prevenção, atenção e recuperação aos agravos à saúde, como conselhos de saúde, gestores de saúde, trabalhadores da saúde, prestadores de serviços, usuários, conselhos de classe, educação, promoção social, segurança social, transportes e outros.

O Sistema Estadual de Urgência e Emergência deve ser implementado dentro de uma estratégia de “Promoção da Qualidade de Vida” como forma de enfrentamento das causas das urgências. Deve valorizar a prevenção dos agravos e a proteção da vida, gerando uma mudança de perspectiva assistencial – de uma visão centrada nas conseqüências dos agravos que geram as urgências, para uma visão integral e integrada, com uma abordagem totalizante e que busque gerar autonomia para indivíduos e coletividades. Assim, deve ser englobada na estratégia promocional a proteção da vida, a educação para a saúde e a prevenção de agravos e doenças, além de se dar novo significado à assistência e à reabilitação. As urgências por causas externas são as mais sensíveis a este enfoque, mas não exclusivamente. As urgências clínicas de todas as ordens também se beneficiam da estratégia promocional.

Feita a leitura qualificada da estrutura e deficiências do setor, deve ser elaborado um Plano Estadual de Atendimento às Urgências e Emergências que deve estar contido no Plano Diretor de Regionalização (PDR), com programação de ações corretivas com respectivo cronograma de execução e planilha de custos, destinados à correção das deficiências encontradas na estruturação das grades assistenciais regionalizadas e hierarquizadas, que serão discutidas, avaliadas e priorizadas a fim de comporem o Plano Diretor de Investimentos (PDI).

A elaboração dos referidos planos deve estar baseada na proposta de estruturação das redes regionalizadas de atenção da NOAS 01/2002, segundo as seguintes atribuições / complexidade / distribuição:

1 - Municípios que realizam apenas a atenção básica (PAB): devem se responsabilizar pelo acolhimento dos pacientes com quadros agudos de menor complexidade, principalmente aqueles já vinculados ao serviço. Suas atribuições e estruturação estão especificadas no Capítulo III – item 1 do presente Regulamento.

2 - Municípios Satélite, que realizam a atenção básica ampliada (PABA): devem desempenhar a mesma função dos municípios PAB, além de contar com área física específica para observação de pacientes, até 8 horas.

3 - Municípios Sede de Módulo Assistencial, que realizam a atenção básica ampliada (PABA) e os procedimentos hospitalares e diagnósticos mínimos da média complexidade (M1): devem contar, além das estruturas já mencionadas acima, com Unidades Não Hospitalares de Atendimento às Urgências, conforme especificações do Capítulo III – item 2 e/ou Unidades Hospitalares Gerais de Tipo I, conforme especificações do Capítulo V – item I-A-a. Neste nível assistencial, devem ser constituídos os Serviços de Atendimento Pré-hospitalar Móvel, de caráter municipal ou modular, e/ou Serviço de Transporte Inter-hospitalar, para garantir o acesso aos serviços de maior complexidade dos pólos microrregionais, macrorregionais e estaduais.

4 - Municípios Pólo Microrregional, que realizam procedimentos médios da média complexidade (M2): devem contar, além das estruturas já mencionadas acima, com Unidades Hospitalares Gerais de Tipo II, conforme especificações do Capítulo V – item I-A-b. Neste nível assistencial, devem ser estruturados Serviços de Atendimento Pré-hospitalar Móvel municipais ou microrregionais,

dependendo das densidades populacionais e distâncias observadas.

5 - Municípios Pólo Regional, que realizam os demais procedimentos mais complexos da média complexidade (M3): devem contar, além das estruturas já mencionadas acima, com Unidades Hospitalares de Referência Tipo I e II, conforme especificações do Capítulo V – item I-B-a e I-B-b. Neste nível devem ser estruturadas as Centrais Reguladoras Regionais de Urgências, que vão ordenar os fluxos entre as micro e macro regiões, devendo o transporte inter-hospitalar ser garantido pelo Serviço de Atendimento Pré-hospitalar móvel da micro/macro região solicitante.

6 - Municípios Pólo Estadual, que realizam procedimentos de Alta Complexidade: devem contar, além das estruturas já mencionadas acima, com Unidades Hospitalares de Referência Tipo III, conforme as especificações do Capítulo V – item I-B-c. Devem também ter estruturadas as Centrais Estaduais de Regulação, que vão ordenar os fluxos estaduais ou inter-estaduais da alta complexidade.

7 - Salas de Estabilização: após a estruturação da rede assistencial acima mencionada, devem ser cuidadosamente observados os claros assistenciais ainda existentes, devidos a grandes distâncias, como ao longo das estradas e em regiões muito carentes, e nestas localidades devem ser estruturadas salas ou bases de estabilização, que devem ser estruturadas com, no mínimo, o mesmo material e medicamentos especificados para a atenção primária à saúde e que devem contar com retaguarda ininterrupta de profissional treinado para o atendimento e estabilização dos quadros de urgências mais frequentes.

CAPÍTULO II

A REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

A Regulação Médica das Urgências, baseada na implantação de suas Centrais de Regulação, é o elemento ordenador e orientador dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. As Centrais, estruturadas nos níveis estadual, regional e/ou municipal, organizam a relação entre os vários serviços, qualificando o fluxo dos pacientes no Sistema e geram uma porta de comunicação aberta ao público em geral, através da qual os pedidos de socorro são recebidos, avaliados e hierarquizados.

Como já mencionado, as necessidades imediatas da população ou necessidades agudas ou de urgência, são pontos de pressão por respostas rápidas. Então o Sistema deve ser capaz de acolher a clientela, prestando-lhe atendimento e redirecionando-a para os locais adequados à continuidade do tratamento, através do trabalho integrado das Centrais de Regulação Médica de Urgências com outras Centrais de Regulação -de leitos hospitalares, procedimentos de alta complexidade, exames complementares, internações e atendimentos domiciliares, consultas especializadas, consultas na rede básica de saúde, assistência social, transporte sanitário não urgente, informações e outros serviços e instituições, como por exemplo, as Polícias Militares e a Defesa Civil.

Estas centrais, obrigatoriamente interligadas entre si, constituem um verdadeiro complexo regulador da assistência, ordenador dos fluxos gerais de necessidade/resposta, que garante ao usuário do SUS a multiplicidade de respostas necessárias à satisfação de suas necessidades.

As Centrais de Regulação Médica de Urgências devem ser implantadas, de acordo com o definido no Anexo II da Portaria SAS/MS nº 356, de 22 de setembro de 2000. Da mesma forma, as Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal devem elaborar o Plano Estadual de Regulação das Urgências e Emergências, podendo para tanto, observadas as especificidades da área a ser regulada, contidas no presente Capítulo, utilizar o modelo de Roteiro estabelecido para o Plano Estadual de Regulação Obstétrica e Neonatal definido no Anexo III da Portaria SAS/MS nº 356, de 22 de setembro de 2000.

Ao médico regulador devem ser oferecidos os meios necessários, tanto de recursos humanos, como de equipamentos, para o bom exercício de sua função, incluída toda a gama de respostas pré-hospitalares previstas neste Regulamento e portas de entrada de urgências com hierarquia resolutiva previamente definida e pactuada, com atribuição formal de responsabilidades.

1 - Atribuições da Regulação Médica das Urgências e Emergências:

1.1 - Técnicas:

A competência técnica do médico regulador se sintetiza em sua capacidade de “julgar”, discernindo o grau presumido de urgência e prioridade de cada caso, segundo as informações disponíveis, fazendo ainda o enlace entre os diversos níveis assistenciais do sistema, visando dar a melhor resposta possível para as necessidades dos pacientes. Assim, deve o médico regulador:

- julgar e decidir sobre a gravidade de um caso que lhe está sendo comunicado por rádio ou telefone, estabelecendo uma gravidade presumida;

- enviar os recursos necessários ao atendimento, considerando necessidades e ofertas disponíveis;

- monitorar e orientar o atendimento feito por outro profissional de saúde habilitado (médico intervencionista, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem), por profissional da área de segurança ou bombeiro militar (no limite das competências desses profissionais) ou ainda por leigo que se encontre no local da situação de urgência; - definir e acionar o serviço de destino do paciente, informando-o sobre as condições e previsão de chegada do mesmo, sugerindo os meios necessários ao seu acolhimento;

- julgar a necessidade ou não do envio de meios móveis de atenção. Em caso negativo, o médico deve explicar sua decisão e esclarecer o demandante do socorro quanto a outras medidas a serem adotadas, por meio de orientação ou conselho médico, que permita ao solicitante assumir cuidados ou buscá-los em local definido pelo médico regulador;

- reconhecer que, como a atividade do médico regulador envolve o exercício da telemedicina, impõe-se a gravação contínua das comunicações, o correto preenchimento das fichas médicas de regulação, das fichas de atendimento médico e de enfermagem, e o seguimento de protocolos institucionais consensuados e normatizados que definam os passos e as bases para a decisão do regulador;

- estabelecer claramente, em protocolo de regulação, os limites do telefonista auxiliar de regulação médica, o qual não pode, em hipótese alguma, substituir a prerrogativa de decisão médica e seus desdobramentos, sob pena de responsabilização posterior do médico regulador;

- definir e pactuar a implantação de protocolos de intervenção médica pré-hospitalar, garantindo perfeito entendimento entre o médico regulador e o intervencionista, quanto aos elementos de decisão e intervenção, objetividade nas comunicações e precisão nos encaminhamentos decorrentes;

- monitorar o conjunto das missões de atendimento e as demandas pendentes; - registrar sistematicamente os dados das regulações e missões, pois como frequentemente o médico regulador irá orientar o atendimento por radiotelefonia (sobretudo para os profissionais de enfermagem), os protocolos correspondentes deverão estar claramente constituídos e a autorização deverá estar assinada na ficha de regulação médica e no boletim/ficha de atendimento pré-hospitalar;

- saber com exatidão as capacidades/habilidades da sua equipe de forma a dominar as possibilidades de prescrição/orientação/intervenção e a fornecer dados que permitam viabilizar programas de capacitação/revisão que

qualifiquem/habilitem os intervenientes;

- submeter-se à capacitação específica e habilitação formal para a função de regulador e acumular, também, capacidade e experiência na assistência médica em urgência, inclusive na intervenção do pré-hospitalar móvel;

- participar de programa de educação continuada para suas tarefas; - velar para que todos os envolvidos na atenção pré-hospitalar observem, rigorosamente, a ética e o sigilo profissional, mesmo nas comunicações radiotelefônicas; - manter-se nos limites do sigilo e da ética médica ao atuar como porta-voz em situações de interesse público.

1.2 - Gestoras:

Ao médico regulador também competem funções gestoras— tomar a decisão gestora sobre os meios disponíveis, devendo possuir delegação direta dos gestores municipais e estaduais para acionar tais meios, de acordo com seu julgamento. Assim, o médico regulador deve:

- decidir sobre qual recurso deverá ser mobilizado frente a cada caso, procurando, entre as disponibilidades a resposta mais adequada a cada situação, advogando assim pela melhor resposta necessária a cada paciente, em cada situação sob o seu julgamento; - decidir sobre o destino hospitalar ou ambulatorial dos pacientes atendidos no pré-hospitalar;

- decidir os destinos hospitalares não aceitando a inexistência de leitos vagos como argumento para não direcionar os pacientes para a melhor hierarquia disponível em termos de serviços de atenção de urgências, ou seja, garantir o atendimento nas urgências, mesmo nas situações em que inexistam leitos vagos para a internação de pacientes (a chamada “vaga zero” para internação). Deverá decidir o destino do paciente baseado na planilha de hierarquias pactuada e disponível para a região e nas informações periodicamente atualizadas sobre as condições de atendimento nos serviços de urgência, exercendo as prerrogativas de sua autoridade para alocar os pacientes dentro do sistema regional, comunicando sua decisão aos médicos assistentes das portas de urgência;

- o médico regulador de urgências regulará as portas de urgência, considerando o acesso a leitos como uma segunda etapa que envolverá a regulação médica das transferências inter hospitalares, bem como das internações;

- acionar planos de atenção a desastres que estejam pactuados com os outros interventores, frente a situações excepcionais, coordenando o conjunto da atenção médica de urgência;

- requisitar recursos públicos e privados em situações excepcionais, com pagamento ou contrapartida a posteriori, conforme pactuação a ser realizada com as autoridades competentes;

- exercer a autoridade de regulação pública das urgências sobre a atenção pré-hospitalar móvel privada, sempre que esta necessitar conduzir pacientes ao setor público, sendo o pré-hospitalar privado responsabilizado pelo transporte e atenção do paciente até o seu destino definitivo no Sistema;

- contar com acesso às demais centrais do Complexo Regulador, de forma que possa ter as informações necessárias e o poder de dirigir os pacientes para os locais mais adequados, em relação às suas necessidades.

2 - Regulação do Setor Privado de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel (incluídas as concessionárias de rodovias):

O Setor privado de atendimento pré-hospitalar das urgências e emergências deve contar, obrigatoriamente, com Centrais de Regulação Médica, médicos reguladores e de intervenção, equipe de enfermagem e assistência técnica farmacêutica (para os casos de serviços de atendimentos clínicos). Estas Centrais de Regulação privadas devem ser submetidas à regulação pública, sempre que suas ações ultrapassarem os limites estritos das instituições particulares não-conveniadas ao Sistema Único de Saúde - SUS, inclusive nos casos de medicalização de assistência domiciliar não-urgente.

3 – Regulação Médica de Outras Entidades/Corporações/Organizações Os Corpos de Bombeiros Militares (incluídas as corporações de bombeiros independentes e as vinculadas às Polícias Militares), as Polícias Rodoviárias e outras organizações da Área de Segurança Pública deverão seguir os critérios e os fluxos definidos pela regulação médica das urgências do SUS, conforme os termos deste Regulamento.

CAPÍTULO III

ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR FIXO

O Atendimento Pré-Hospitalar Fixo é aquela assistência prestada, num primeiro nível de atenção, aos pacientes portadores de quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou ainda psiquiátrica, que possa levar a sofrimento, seqüelas ou mesmo à morte, provendo um atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrante do Sistema Estadual de Urgência e Emergência. Este atendimento é prestado por um conjunto de unidades básicas de saúde, unidades do Programa de Saúde da Família (PSF), Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), ambulatorios especializados, serviços de diagnóstico e terapia, unidades não-hospitalares de atendimento às urgências e emergências e pelos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel (que serão abordados no Capítulo IV).

1 - AS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

As atribuições e prerrogativas das unidades básicas de saúde e das unidades de saúde da família em relação ao acolhimento/atendimento das urgências de baixa gravidade/complexidade devem ser desempenhadas por todos os municípios brasileiros, independentemente de estarem qualificados para atenção básica (PAB) ou básica ampliada (PABA), conforme detalhamento abaixo:

1.1 - Acolhimento dos Quadros Agudos:

Dentro da concepção de reestruturação do modelo assistencial atualmente preconizado, inclusive com a implementação do Programa de Saúde da Família, é fundamental que a atenção primária e o Programa de Saúde da Família se responsabilizem pelo acolhimento dos pacientes com quadros agudos ou crônicos agudizados de sua área de cobertura ou adstrição de clientela, cuja complexidade seja compatível com este nível de assistência.

Não se pode admitir que um paciente em acompanhamento em uma unidade básica de saúde, por exemplo, por hipertensão arterial, quando acometido por uma crise hipertensiva, não seja acolhido na unidade em que habitualmente faz tratamento. Nesta situação se aplicaria o verdadeiro conceito de pronto atendimento, pois, numa unidade onde o paciente tem prontuário e sua história pregressa e atual são conhecidas, é possível fazer um atendimento rápido e de qualidade, com avaliação e re-adequação da terapêutica dentro da disponibilidade medicamentosa da unidade. Quando este paciente não é acolhido em sua unidade, por ausência do profissional médico, por falta de vagas na agenda ou por qualquer outra razão e recorre a uma unidade de urgência como única possibilidade de acesso, é atendido por profissionais que, muitas vezes, possuem vínculo temporário com sistema, não conhecem a rede loco regional e suas características funcionais e, freqüentemente, prescrevem medicamentos não disponíveis na rede SUS e de alto custo. Assim, o paciente não usa a nova medicação que lhe foi prescrita porque não pode adquiri-la e, tão pouco, usa a

medicação anteriormente prescrita e disponível na unidade de saúde, pois não acredita que esta seja suficiente para controlar sua pressão. Esta situação problema é apenas ilustrativa de uma grande gama de situações semelhantes, que acontecem diariamente, não apenas com hipertensos, mas com diabéticos, pacientes portadores de dor aguda e/ou crônica, cardiopatas, portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica, mulheres em acompanhamento ginecológico e/ou obstétrico, crianças em programa de puericultura e etc.

1.2 - Capacitação de Recursos Humanos

É de conhecimento geral que os aparelhos formadores oferecem insuficiente formação para o enfrentamento das urgências. Assim, é comum que profissionais da saúde, ao se depararem com uma urgência de maior gravidade, tenham o impulso de encaminhá-la rapidamente para unidade de maior complexidade, sem sequer fazer uma avaliação prévia e a necessária estabilização do quadro, por insegurança e desconhecimento de como proceder. Assim, é essencial que estes profissionais estejam qualificados para este enfrentamento, se quisermos imprimir efetividade em sua atuação.

1.3 - Estruturação dos Recursos Físicos Todas estas unidades devem ter um espaço devidamente abastecido com medicamentos e materiais essenciais ao primeiro atendimento/estabilização de urgências que ocorram nas proximidades da unidade ou em sua área de abrangência e/ou sejam para elas encaminhadas, até a viabilização da transferência para unidade de maior porte, quando necessário.

A definição deste espaço é fundamental, pois, quando do recebimento de uma urgência (o que pode acontecer com pouca frequência neste tipo de unidade, mas que certamente ocorrerá algumas vezes), é obrigatório que a equipe saiba em qual ambiente da unidade encontram-se os equipamentos, materiais e medicamentos necessários ao atendimento. Numa insuficiência respiratória, parada cardíaca, crise convulsiva ou outras situações que necessitem de cuidado imediato, não se pode perder tempo "procurando" um local ou equipamentos, materiais e medicamentos necessários ao atendimento. Além disso, unidades de saúde de sistemas municipais qualificados para a atenção básica ampliada (PABA) deverão possuir área física especificamente destinada ao atendimento de urgências e sala para observação de pacientes até 8 horas. Materiais: Ambú adulto e infantil com máscaras, jogo de cânulas de Guedel (adulto e infantil), sondas de aspiração, Oxigênio, Aspirador portátil ou fixo, material para punção venosa, material para curativo, material para pequenas suturas, material para imobilizações (colares, talas, pranchas).

Medicamentos: Adrenalina, Água destilada, Aminofilina, Amiodarona, Atropina, Brometo de Ipratrópio, Cloreto de potássio, Cloreto de sódio, Deslanosídeo, Dexametasona, Diazepam, Diclofenaco de Sódio, Dipirona, Dobutamina, Dopamina, Epinefrina, Escopolamina (hioscina), Fenitoína, Fenobarbital, Furosemida, Glicose, Haloperidol, Hidantoína, Hidrocortisona, Insulina, Isossorbidá, Lidocaina, Meperidina, Midazolam, Ringer Lactato, Soro Glico-Fisiológico, Soro Glicosado.

1.4 - Estruturação da Grade de Referência É fundamental que as unidades possuam uma adequada retaguarda pactuada para o encaminhamento daqueles pacientes que, uma vez acolhidos, avaliados e tratados neste primeiro nível de assistência, necessitem de cuidados disponíveis em serviços de outros níveis de complexidade. Assim, mediados pela respectiva Central de Regulação, devem estar claramente definidos os fluxos e mecanismos de transferência dos pacientes que necessitem de outros níveis de complexidade da rede assistencial, de forma a garantir seu encaminhamento, seja para unidades não hospitalares, pronto socorros, ambulatórios de especialidades ou unidades de apoio diagnóstico e terapêutico. Além disso, devem ser adotados mecanismos para a garantia de transporte para os casos mais graves, que não possam se deslocar por conta própria, através do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel, onde ele existir, ou outra forma de transporte que venha a ser pactuada.

2 - UNIDADES NÃO-HOSPITALARES DE ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

Estas unidades, que devem funcionar nas 24 horas do dia, devem estar habilitadas a prestar assistência correspondente ao primeiro nível de assistência da média complexidade (M1). Pelas suas características e importância assistencial, os gestores devem desenvolver esforços no sentido de que cada município sede de módulo assistencial disponha de, pelo menos uma, destas Unidades, garantindo, assim, assistência às urgências com observação até 24 horas para sua própria população ou para um agrupamento de municípios para os quais seja referência.

2.1 - Atribuições

Estas Unidades, integrantes do Sistema Estadual de Urgências e Emergências e de sua respectiva rede assistencial, devem estar aptas a prestar atendimento resolutivo aos pacientes acometidos por quadros agudos ou crônicos agudizados.

São estruturas de complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família e as Unidades Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências, com importante potencial de complacência da enorme demanda que hoje se dirige aos pronto socorros, além do papel ordenador dos fluxos da urgência. Assim, têm como principais missões:

Atender aos usuários do SUS portadores de quadro clínico agudo de qualquer natureza, dentro dos limites estruturais da unidade e, em especial, os casos de baixa complexidade, à noite e nos finais de semana, quando a rede básica e o Programa de Saúde da Família não estão ativos;

- Descentralizar o atendimento de pacientes com quadros agudos de média complexidade;
- Dar retaguarda às unidades básicas de saúde e de saúde da família;
- Diminuir a sobrecarga dos hospitais de maior complexidade que hoje atendem esta demanda;
- Ser entreposto de estabilização do paciente crítico para o serviço de atendimento pré-hospitalar móvel.
- Desenvolver ações de saúde através do trabalho de equipe interdisciplinar, sempre que necessário, com o objetivo de acolher, intervir em sua condição clínica e referenciar para a rede básica de saúde, para a rede especializada ou para internação hospitalar, proporcionando uma continuidade do tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo da população usuária (beneficiando os pacientes agudos e não-agudos e favorecendo, pela continuidade do acompanhamento, principalmente os pacientes com quadros crônico-degenerativos, com a prevenção de suas agudizações frequentes);
- Articular-se com unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico, e com outras instituições e serviços de saúde do sistema loco regional, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contra-referência;
- Ser observatório do sistema e da saúde da população, subsidiando a elaboração de estudos epidemiológicos e a construção de indicadores de saúde e de serviço que contribuam para a avaliação e planejamento da atenção integral às urgências, bem como de todo o sistema de saúde.

2.2 - Dimensionamento e Organização Assistencial

Estas Unidades devem contar, no mínimo, com equipe de saúde composta por médico e enfermeiro nas 24 horas para atendimento contínuo de clínica médica e clínica pediátrica.

Nos casos em que a estrutura loco regional exigir, tomando-se em conta as características epidemiológicas, indicadores de saúde como morbidade e mortalidade, e características da rede assistencial, poderá ser ampliada a equipe, contemplando as áreas de

clínica cirúrgica, ortopedia e odontologia de urgência.

Estas Unidades devem contar com suporte ininterrupto de laboratório de patologia clínica de urgência, radiologia, os equipamentos para a atenção às urgências, os medicamentos definidos por esta portaria, leitos de observação de 06 a 24 horas, além de acesso a transporte adequado e ligação com a rede hospitalar através da central de regulação médica de urgências e o serviço de atendimento pré-hospitalar móvel. Nos casos em que tais centrais ainda não estejam estruturadas, a referência hospitalar bem como a retaguarda de ambulâncias de suporte básico, avançado e de transporte deverão ser garantidos mediante pactuação prévia, de caráter municipal ou regional.

A observação de unidades 24 horas não hospitalares de atendimento às urgências em várias localidades do país mostrou ser adequada a seguinte relação entre cobertura populacional / número de atendimentos em 24 horas / número de profissionais médicos por plantão / número de leitos de observação / percentual de pacientes em observação e percentual de encaminhamentos para internação:

PORTE	População da região de cobertura	Número de atendimentos médicos em 24 horas	Número de médicos por plantão	Número de leitos de observação	Percentual pacientes em observação	Percentual encaminhamentos para internação
I	50.000 a 75.000 habitantes	100 pacientes	1 pediatra 1 clínico	6 leitos	10 %	3 %
II	75.000 a 150.000 habitantes	300 pacientes	2 pediatras 2 clínicos	12 leitos	10 %	3 %
III	150.000 a 250.000 habitantes	450 pacientes	3 pediatras 3 clínicos	18 leitos	10 %	3 %

Estes números e mesmo a composição das equipes poderão variar, de forma complementar, de acordo com a realidade loco-regional, tomando-se em conta inclusive a sazonalidade apresentada por alguns tipos de afecções, como por exemplo, o aumento de demanda de doenças respiratórias verificado na clínica pediátrica e na clínica de adultos / idosos durante o inverno ou o aumento no número de acidentes em estradas nos períodos de férias escolares. Da mesma forma, nas regiões onde a morbi-mortalidade por causas externas como violências, traumas e/ou acidentes de trânsito seja estatisticamente marcante, estando os óbitos por estas causas entre as primeiras causas de mortalidade, as equipes poderão ser acrescidas de médicos cirurgiões gerais e ortopedistas, a critério dos gestores loco-regionais. Na Unidade tipo I, por se tratar de serviço com equipe reduzida, deverá haver sempre um profissional médico adicional de sobreaviso, que possa ser acionado para acompanhamento de pacientes críticos ou com instabilidade cardiorespiratória, quando estes necessitem ser removidos e não haja serviço pré-hospitalar móvel estruturado.

2.3 - Recursos Humanos

As Unidades Não-Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências deverão contar, obrigatoriamente, com os seguintes profissionais: coordenador ou gerente, médico clínico geral, médico pediatra, enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem, técnico de radiologia, auxiliar de serviços gerais, auxiliar administrativo e, quando houver laboratório na unidade, também deverão contar com bioquímico, técnico de laboratório e auxiliar de laboratório. Outros profissionais poderão compor a equipe, de acordo com a definição do gestor local ou gestores loco-regionais, como: assistente social, odontólogo, cirurgião geral, ortopedista, ginecologista, motorista, segurança e outros.

2.3.1 - Habilitação dos Profissionais

Considerando-se que as urgências não se constituem em especialidade médica ou de enfermagem e que nos cursos de graduação a atenção dada à área ainda é bastante insuficiente, entende-se que os profissionais que venham a atuar nas Unidades Não-Hospitalares devam ser habilitados pelos Núcleos de Educação em Urgências, cuja criação é indicada pelo presente Regulamento - Capítulo VII.

2.4 - Área Física

A área física deve ser estruturada de acordo com o tamanho e complexidade da unidade, conforme legenda a seguir: Opcional: * Desejável: ** Obrigatório: *** São consideradas as seguintes áreas físicas para a adequada estruturação das Unidades Não Hospitalares de Atendimento de Urgência:

2.4.1 - Bloco de Pronto Atendimento:

- Sala de recepção e espera (com sanitários para usuários) ***
- Sala de arquivo de prontuário médico ***
- Sala de triagem classificatória de risco ***
- Consultórios médicos ***
- Consultório odontológico *
- Sala para Assistente Social *
- Sala para Atendimento Psicológico *

2.4.2 - Bloco de Apoio Diagnóstico

• Sala para radiologia *** (no local, exceto quando houver hierarquia entre as unidades 24 horas não hospitalares de atendimento de urgência de diferentes portes em uma determinada localidade e desde que haja garantia de acesso e transporte, dentro de intervalo de tempo tecnicamente aceitável, de acordo com parâmetros construídos pelas equipes loco-regionais).

• Laboratório de Patologia Clínica *** (no local ou com acesso garantido aos exames, dentro de um intervalo de tempo tecnicamente aceitável, de acordo com parâmetros construídos pelas equipes loco-regionais).

- Sala de coleta * (quando o laboratório for acessível, isto é, fora da unidade).

2.4.3 - Bloco de Procedimentos:

- Sala para suturas ***
- Sala de curativos contaminados ***
- Sala para inaloterapia / medicação ***
- Sala de gesso *
- Sala de Pequena Cirurgia *

2.4.4 - Bloco de Urgência / Observação:

- Sala de reanimação e estabilização / Sala de urgência ***
- Salas de observação masculina, feminina e pediátrica (com posto de enfermagem, sanitários e chuveiros) ***
- Sala de isolamento (com ante-sala, sanitário e chuveiro exclusivos) **

2.4.5 - Bloco de Apoio Logístico

- Farmácia (exclusiva para dispensação interna) ***
- Almoxarifado ***
- Expurgo/Lavagem de material ***
- Central de material esterilizado ***
- Rouparia ***
- Necrotério ***

2.4.6 - Bloco de Apoio Administrativo · Salas de Gerência e Administração ***

- Sala de reunião *
- Sala de descanso para funcionários (com sanitários e chuveiros) ***
- Vestiários para funcionários ***
- Copa/Refeitório ***
- Depósito de Material de Limpeza ***
- Área para limpeza geral ***
- Local de acondicionamento de lixo ***
- Estacionamento (ambulâncias, pacientes e funcionários) **

2.4.7 - Caracterização da área física em relação aos fluxos internos e organização do processo de trabalho:

A área física acima descrita foi dividida em blocos porque é aconselhável, do ponto de vista funcional, que estas áreas estejam mais ou menos contíguas, dando o máximo de racionalidade possível ao fluxo dentro da unidade. Assim, o bloco de pronto atendimento deve apresentar uma entrada para pacientes que vem por busca espontânea, deambulando, que dá acesso direto à recepção e sua respectiva sala de espera. Neste mesmo bloco, deve ser estruturado o acolhimento dos pacientes, que pode ser feito pela própria recepção ou por funcionários designados e treinados para este fim, dependendo do volume da demanda. A seguir deve ser realizada a triagem classificatória de risco. O processo de triagem classificatória deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento. A esta triagem classificatória é vedada a dispensa de pacientes antes que estes recebam atendimento médico. Após a triagem, os pacientes são encaminhados aos consultórios médicos. Uma vez realizado o atendimento, o paciente deve ter sua referência garantida mediante encaminhamento realizado através das centrais de regulação ou, quando estas não existirem, através de fluxos previamente pactuados.

O bloco de urgência deve ter uma outra entrada, com acesso coberto para ambulâncias, portas amplas para a entrada de pacientes em macas e fluxo ágil até a sala de emergência. Esta deve comportar o atendimento de dois ou mais casos simultaneamente, dependendo do porte da unidade. As macas devem apresentar rodas e grades e devem estar distribuídas de forma a garantir a livre circulação da equipe ao seu redor. Esta sala deve ser equipada com materiais e equipamentos necessários para atendimento de urgência clínica e/ou cirúrgica de adultos e crianças. Os medicamentos utilizados na primeira abordagem do paciente grave também devem estar disponíveis na própria sala. A entrada de um paciente na sala de urgência poderá ser anunciada por aviso sonoro ou comunicação verbal. Em qualquer uma das situações, um médico, um enfermeiro e auxiliares de enfermagem devem dirigir-se imediatamente para a sala. O acesso da sala de urgência aos leitos de observação deve ser fácil e estas áreas devem ser, de preferência, contíguas.

É aconselhável que os blocos de apoio diagnóstico e de procedimentos tenham situação intermediária entre os blocos de pronto atendimento e de atendimento de urgência, com acesso fácil e ao mesmo tempo independente para cada um deles.

Quanto aos blocos de apoio logístico e administração, devem estar situados de forma a não obstruir o fluxo entre os demais blocos já mencionados.

As salas e áreas de assistência devem obedecer às Normas e Padrões de Construções e Instalações de Serviços de Saúde.

2.5 - Materiais e Equipamentos

Alguns materiais e equipamentos devem, necessariamente, fazer parte do arsenal de qualquer unidade 24 horas como:

Estetoscópio adulto/infantil, esfigmomanômetro adulto/infantil, otoscópio com espéculos adulto/infantil, oftalmoscópio, espelho laríngeo, bolsa autoinflável (ambú) adulto/infantil, desfibrilador com marca-passo externo, monitor cardíaco, oxímetro de pulso, eletrocardiógrafo, glicosímetro, aspirador de secreção, bomba de infusão com bateria e equipo universal, cilindro de oxigênio portátil e rede canalizada de gases ou torpedo de O₂ (de acordo com o porte da unidade), maca com rodas e grades, respirador mecânico adulto/infantil, foco cirúrgico portátil, foco cirúrgico com bateria, negatoscópios nos consultórios, serra de gesso, máscaras laringeas e

cânulas endotraqueais de vários tamanhos, cateteres de aspiração, adaptadores para cânulas, cateteres nasais, sondas para aspiração traqueal de vários tamanhos, luvas de procedimentos, máscara para ressuscitador adulto/infantil, ressuscitadores infantil e adulto com reservatório, cadarços para fixação de cânula, laringoscópio infantil/adulto com conjunto de lâminas, cânulas orofaríngeas adulto/infantil, jogos de pinças de retirada de corpos estranhos de nariz, ouvido e garganta, fios cirúrgicos, fios-guia para intubação, pinça de Magyll, bisturi (cabo e lâmina), material para cricotiroidostomia, drenos para tórax, pacotes de gaze estéril, pacote de compressa estéril, esparadrapo, material para punção de vários tamanhos incluindo agulhas metálicas e plásticas, agulhas especiais para punção óssea, garrote, equipamentos de macro e microgotas, cateteres específicos para dissecação de veias, tamanho adulto/infantil, tesoura, seringas de vários tamanhos, tomeiras de 3 vias, frascos de solução salina, caixa completa de pequena cirurgia, frascos de drenagem de tórax, extensões para drenos torácicos, sondas vesicais, coletores de urina, espátulas de madeira, sondas nasogástricas, eletrodos descartáveis, equipamentos de proteção individual para equipe de atendimento, cobertor para conservação do calor do corpo, travesseiros e lençóis, pacote de roupas para pequena cirurgia, conjunto de colares cervicais (tamanho P, M e G), prancha longa para imobilização da vítima em caso de trauma, prancha curta para massagem cardíaca, gerador de energia elétrica compatível com o consumo da unidade, sistema de telefonia e de comunicação.

2.6 - Medicamentos

Abaixo a lista de medicamentos que devem estar disponíveis na unidade de urgência, contemplando medicamentos usados na primeira abordagem dos pacientes graves e também sintomáticos, antibióticos e anticonvulsivantes, uma vez que alguns pacientes poderão permanecer nestas unidades por um período de até 24 horas ou, excepcionalmente, por mais tempo se houver dificuldade para internação hospitalar: Adrenalina, Água destilada, Aminofilina, Amiodarona, Amitriptilina, Ampicilina, Atropina, Bicarbonato de sódio, Biperideno, Brometo de Ipratrópio, Bupivacaína, Captopril, Carbamazepina, Carvão ativado, Cefalexina, Cefalotina, Cetoprofeno, Clister Glicerinado, Clordiazepóxido, Cloridrato de Clonidina, Cloridrato de Hidralazina, Cloreto de potássio, Cloreto de sódio, Clorpromazina, Clorafenicol, Codeína, Complexo B injetável, Deslanosídeo, Dexametasona, Diazepam, Diclofenaco de sódio, Digoxina, Dipirona, Enalapril, Escopolamina (hioscina), Fenitoína, Fenobarbital, Fenoterol Bromidrato, Flumazenil, Furosemida, Gentamicina, Glicose isotônica, Glicose hipertônica, Gluconato de Cálcio, Haloperidol, Hidrocortisona, Insulina, Isossorbida, Lidocaína, Manitol, Meperidina, Metildopa, Metilergometrina, Metilprednisolona, Metoclopramida, Metoprolol, Midazolam, Nifedipina, Nistatina, Nitroprussiato de sódio, Óleo mineral, Omeprazol, Oxacilina, Paracetamol, Penicilina, Prometazina, Propranolol, Ranitidina, Ringer Lactato, Sais para reidratação oral, Salbutamol, Soro glico-fisiológico, Soro Fisiológico, Soro Glicosado, Sulfadiazina prata, Sulfametoxazol + trimetoprim, Sulfato de magnésio, Tiamina (Vit. B1), Tramadol, Tobramicina Colírio, Verapamil, Vitamina K.

2.7 - Estruturação da Grade de Referência

As Unidades Não-Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências devem possuir retaguarda de maior complexidade previamente pactuada, com fluxo e mecanismos de transferência claros, mediados pela Central de Regulação, a fim de garantir o encaminhamento dos casos que extrapolem sua complexidade. Além disso, devem garantir transporte para os casos mais graves, através do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel, onde ele existir, ou outra forma de transporte que venha a ser pactuada. Também devem estar pactuados os fluxos para elucidação diagnóstica e avaliação especializada, além de se dar ênfase especial ao re-direcionamento dos pacientes para a rede básica e Programa de Saúde da Família, para o adequado seguimento de suas patologias de base e condições de saúde, garantindo acesso não apenas a ações curativas, mas a todas as atividades promocionais que devem ser implementadas neste nível de assistência.

CAPÍTULO IV

ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL

Considera-se como nível pré-hospitalar móvel na área de urgência, o atendimento que procura chegar precocemente à vítima, após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, inclusive as psiquiátricas), que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário, portanto, prestar-lhe atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde. Podemos chamá-lo de atendimento pré-hospitalar móvel primário quando o pedido de socorro for oriundo de um cidadão ou de atendimento pré-hospitalar móvel secundário quando a solicitação partir de um serviço de saúde, no qual o paciente já tenha recebido o primeiro atendimento necessário à estabilização do quadro de urgência apresentado, mas necessite ser conduzido a outro serviço de maior complexidade para a continuidade do tratamento.

O Serviço de atendimento pré-hospitalar móvel deve ser entendido como uma atribuição da área da saúde, sendo vinculado a uma Central de Regulação, com equipe e frota de veículos compatíveis com as necessidades de saúde da população de um município ou uma região, podendo, portanto, extrapolar os limites municipais. Esta região de cobertura deve ser previamente definida, considerando-se aspectos demográficos, populacionais, territoriais, indicadores de saúde, oferta de serviços e fluxos habitualmente utilizados pela clientela. O serviço deve contar com a retaguarda da rede de serviços de saúde, devidamente regulada, disponibilizada conforme critérios de hierarquização e regionalização formalmente pactuados entre os gestores do sistema loco-regional.

Para um adequado atendimento pré-hospitalar móvel o mesmo deve estar vinculado a uma Central de Regulação de Urgências e Emergências. A central deve ser de fácil acesso ao público, por via telefônica, em sistema gratuito (192 como número nacional de urgências médicas ou outro número exclusivo da saúde, se o 192 não for tecnicamente possível), onde o médico regulador, após julgar cada caso, defina a resposta mais adequada, seja um conselho médico, o envio de uma equipe de atendimento ao local da ocorrência ou ainda o acionamento de múltiplos meios. O número de acesso da saúde para socorros de urgência deve ser amplamente divulgado junto à comunidade. Todos os pedidos de socorro médico que derem entrada por meio de outras centrais, como a da polícia militar (190), do corpo de bombeiros (193) e quaisquer outras existentes, devem ser, imediatamente retransmitidos à Central de Regulação por intermédio do sistema de comunicação, para que possam ser adequadamente regulados e atendidos.

O atendimento no local é monitorado via rádio pelo médico regulador que orienta a equipe de intervenção quanto aos procedimentos necessários à condução do caso. Deve existir uma rede de comunicação entre a Central, as ambulâncias e todos os serviços que recebem os pacientes.

Os serviços de segurança e salvamento, sempre que houver demanda de atendimento de eventos com vítimas ou doentes, devem orientar-se pela decisão do médico regulador de urgências. Podem ser estabelecidos protocolos de despacho imediato de seus recursos de atenção às urgências em situações excepcionais, mas, em nenhum caso, estes despachos podem ser feitos sem comunicação simultânea com o regulador e transferência do chamado de socorro para exercício da regulação médica.

1 - Equipe Profissional

Os serviços de atendimento pré-hospitalar móvel devem contar com equipe de profissionais oriundos da área da saúde e não oriundos da área da saúde. Considerando-se que as urgências não se constituem em especialidade médica ou de enfermagem e que nos cursos de graduação a atenção dada à área ainda é bastante insuficiente, entende-se que os profissionais que venham a atuar nos Serviços de Atendimento Pré-hospitalar Móvel (oriundos e não oriundos da área de saúde) devam ser habilitados pelos Núcleos de Educação em Urgências, cuja criação é indicada pelo presente Regulamento e cumpram o conteúdo curricular mínimo nele proposto - Capítulo VII.

1.1 – Equipe de Profissionais Oriundos da Saúde

A equipe de profissionais oriundos da área da saúde deve ser composta por: - Coordenador do Serviço: profissional oriundo da área da saúde, com experiência e conhecimento comprovados na atividade de atendimento pré-hospitalar às urgências e de gerenciamento de serviços e sistemas;

- Responsável Técnico: Médico responsável pelas atividades médicas do serviço;

- Responsável de Enfermagem:

Enfermeiro responsável pelas atividades de enfermagem ;

- Médicos Reguladores: médicos que, com base nas informações colhidas dos usuários, quando estes acionam a central de regulação, são os responsáveis pelo gerenciamento, definição e operacionalização dos meios disponíveis e necessários para responder a tais solicitações, utilizando-se de protocolos técnicos e da faculdade de arbitrar sobre os equipamentos de saúde do sistema necessários ao adequado atendimento do paciente;

- Médicos Intervencionistas: médicos responsáveis pelo atendimento necessário para a reanimação e estabilização do paciente, no local do evento e durante o transporte;

- Enfermeiros Assistenciais: enfermeiros responsáveis pelo atendimento de enfermagem necessário para a reanimação e estabilização do paciente, no local do evento e durante o transporte;

- Auxiliares e Técnicos de Enfermagem: atuação sob supervisão imediata do profissional enfermeiro;

OBS: As responsabilidades técnicas poderão ser assumidas por profissionais da equipe de intervenção, sempre que a demanda ou o porte do serviço assim o permitirem.

Além desta equipe de saúde, em situações de atendimento às urgências relacionadas às causas externas ou de pacientes em locais de difícil acesso, deverá haver uma ação pactuada, complementar e integrada de outros profissionais não oriundos da saúde – bombeiros militares, policiais militares e rodoviários e outros, formalmente reconhecidos pelo gestor público para o desempenho das ações de segurança, socorro público e salvamento, tais como: sinalização do local, estabilização de veículos acidentados, reconhecimento e gerenciamento de riscos potenciais (incêndio, materiais energizados, produtos perigosos) obtenção de acesso ao paciente e suporte básico de vida.

1.1.1 - Perfil dos Profissionais Oriundos da Área da Saúde e respectivas Competências/Atribuições:

1.1.1.1 - Médico: Profissional de nível superior titular de Diploma de Médico, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição, habilitado ao exercício da medicina pré-hospitalar, atuando nas áreas de regulação médica, suporte avançado de vida, em todos os cenários de atuação do pré-hospitalar e nas ambulâncias, assim como na gerência do sistema, habilitado conforme os termos deste Regulamento.

Requisitos Gerais: equilíbrio emocional e autocontrole; disposição para cumprir ações orientadas; capacidade física e mental para a atividade; iniciativa e facilidade de comunicação; destreza manual e física para trabalhar em unidades móveis; capacidade de trabalhar em equipe; disponibilidade para a capacitação discriminada no Capítulo VII, bem como para a re-certificação periódica.

Competências/Atribuições: exercer a regulação médica do sistema; conhecer a rede de serviços da região; manter uma visão global e permanentemente atualizada dos meios disponíveis para o atendimento pré-hospitalar e das portas de urgência, checando periodicamente sua capacidade operacional; recepção dos chamados de auxílio, análise da demanda, classificação em prioridades de atendimento, seleção de meios para atendimento (melhor resposta), acompanhamento do atendimento local, determinação do local de destino do paciente, orientação telefônica; manter contato diário com os serviços médicos de emergência integrados ao sistema; prestar assistência direta aos pacientes nas ambulâncias, quando indicado, realizando os atos médicos possíveis e necessários ao nível pré-hospitalar; exercer o controle operacional da equipe assistencial; fazer controle de qualidade do serviço nos aspectos inerentes à sua profissão; avaliar o desempenho da equipe e subsidiar os responsáveis pelo programa de educação continuada do serviço; obedecer às normas técnicas vigentes no serviço; preencher os documentos inerentes à atividade do médico regulador e de assistência pré-hospitalar; garantir a continuidade da atenção médica ao paciente grave, até a sua recepção por outro médico nos serviços de urgência; obedecer ao código de ética médica.

1.1.1.2 - Enfermeiro: Profissional de nível superior titular do diploma de Enfermeiro, devidamente registrado no Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição, habilitado para ações de enfermagem no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel, conforme os termos deste Regulamento, devendo além das ações assistenciais, prestar serviços administrativos e operacionais em sistemas de atendimento pré-hospitalar.

Requisitos Gerais: disposição pessoal para a atividade; equilíbrio emocional e autocontrole; capacidade física e mental para a atividade; disposição para cumprir ações orientadas; experiência profissional prévia em serviço de saúde voltado ao atendimento de urgências e emergências; iniciativa e facilidade de comunicação; condicionamento físico para trabalhar em unidades móveis; capacidade de trabalhar em equipe; disponibilidade para a capacitação discriminada no Capítulo VII, bem como para a recertificação periódica.

Competências/Atribuições: supervisionar e avaliar as ações de enfermagem da equipe no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel; executar prescrições médicas por telemedicina; prestar cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica a pacientes graves e com risco de vida, que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas; prestar a assistência de enfermagem à gestante, a parturiente e ao recém nato; realizar partos sem distócia; participar nos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde em urgências, particularmente nos programas de educação continuada; fazer controle de qualidade do serviço nos aspectos inerentes à sua profissão; subsidiar os responsáveis pelo desenvolvimento de recursos humanos para as necessidades de educação continuada da equipe; obedecer a Lei do Exercício Profissional e o Código de Ética de Enfermagem; conhecer equipamentos e realizar manobras de extração manual de vítimas.

1.1.1.3 - Técnico de Enfermagem: Profissional com Ensino Médio completo e curso regular de Técnico de Enfermagem, titular do certificado ou diploma de Técnico de Enfermagem, devidamente registrado no Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição. Exerce atividades auxiliares, de nível técnico, sendo habilitado para o atendimento Pré-Hospitalar Móvel, integrando sua equipe, conforme os termos deste Regulamento. Além da intervenção conservadora no atendimento do paciente, é habilitado a realizar procedimentos a ele delegados, sob supervisão do profissional Enfermeiro, dentro do âmbito de sua qualificação profissional.

Requisitos Gerais: maior de dezoito anos; disposição pessoal para a atividade; capacidade física e mental para a atividade; equilíbrio emocional e autocontrole; disposição para cumprir ações orientadas; disponibilidade para re-certificação periódica; experiência profissional prévia em serviço de saúde voltado ao atendimento de urgências e emergências; capacidade de trabalhar em equipe; disponibilidade para a capacitação discriminada no Capítulo VII, bem como para a re-certificação periódica.

Competências/Atribuições: assistir ao enfermeiro no planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de enfermagem; prestar cuidados diretos de enfermagem a pacientes em estado grave, sob supervisão direta ou à distância

do profissional enfermeiro; participar de programas de treinamento e aprimoramento profissional especialmente em urgências/emergências; realizar manobras de extração manual de vítimas.

1.1.1.4 - Auxiliar de Enfermagem: Profissional com Ensino Médio completo e curso regular de Auxiliar de enfermagem e curso de especialização de nível médio em urgências, titular do certificado de Auxiliar de Enfermagem com especialização em urgências, devidamente registrado no Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição. Exerce atividades auxiliares básicas, de nível médio, habilitado a realizar procedimentos a ele delegados, sob supervisão do profissional Enfermeiro, dentro do âmbito de sua qualificação profissional e conforme os termos desta Portaria.

Requisitos Gerais: maior de dezoito anos; disposição pessoal para a atividade; capacidade física e mental para a atividade; equilíbrio emocional e autocontrole; disposição para cumprir ações orientadas; disponibilidade para re-certificação periódica; experiência profissional prévia em serviço de saúde voltado ao atendimento de urgências e emergências; capacidade de trabalhar em equipe; disponibilidade para a capacitação discriminada no Capítulo VII, bem como para a re-certificação periódica.

Competências/Atribuições: auxiliar o enfermeiro na assistência de enfermagem; prestar cuidados de enfermagem a pacientes sob supervisão direta ou à distância do profissional enfermeiro; observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, ao nível de sua qualificação; ministrar medicamentos por via oral e parenteral mediante prescrição do médico regulador por telemedicina; fazer curativos; prestar cuidados de conforto ao paciente e zelar por sua segurança; realizar manobras de extração manual de vítimas.

1.2 – Equipe de Profissionais Não Oriundos da Saúde, Perfis e Respectivas Competências/Atribuições:

A equipe de profissionais não oriundos da área da saúde deve ser composta por, com os seguintes perfis e competências/atribuições:

1.2.1 - Telefonista – Auxiliar de Regulação: Profissional de nível básico, habilitado a prestar atendimento telefônico às solicitações de auxílio provenientes da população, nas centrais de regulação médica, devendo anotar dados básicos sobre o chamado (localização, identificação do solicitante, natureza da ocorrência) e prestar informações gerais. Sua atuação é supervisionada diretamente e permanentemente pelo médico regulador. Sua capacitação e atuação seguem os padrões previstos neste Regulamento.

Requisitos Gerais: maior de dezoito anos; disposição pessoal para a atividade; equilíbrio emocional e autocontrole; disposição para cumprir ações orientadas; capacidade de manter sigilo profissional; capacidade de trabalhar em equipe; disponibilidade para a capacitação discriminada no Capítulo VII, bem como para a recertificação periódica.

Competências/Atribuições: atender solicitações telefônicas da população; anotar informações colhidas do solicitante, segundo questionário próprio; prestar informações gerais ao solicitante; estabelecer contato radiofônico com ambulâncias e/ou veículos de atendimento pré-hospitalar; estabelecer contato com hospitais e serviços de saúde de referência a fim de colher dados e trocar informações; anotar dados e preencher planilhas e formulários específicos do serviço; obedecer aos protocolos de serviço; atender às determinações do médico regulador.

1.2.2 - Rádio-Operador: Profissional de nível básico habilitado a operar sistemas de radiocomunicação e realizar o controle operacional de uma frota de veículos de emergência, obedecendo aos padrões de capacitação previstos neste Regulamento.

Requisitos Gerais: maior de dezoito anos; disposição pessoal para a atividade; equilíbrio emocional e autocontrole; disposição para cumprir ações orientadas; disponibilidade para re-certificação periódica; capacidade de trabalhar em equipe; disponibilidade para a capacitação discriminada no Capítulo VII, bem como para a recertificação periódica.

Competências/Atribuições: operar o sistema de radiocomunicação e telefonia nas Centrais de Regulação; exercer o controle operacional da frota de veículos do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel; manter a equipe de regulação atualizada a respeito da situação operacional de cada veículo da frota; conhecer a malha viária e as principais vias de acesso de todo o território abrangido pelo serviço de atendimento pré-hospitalar móvel.

1.2.3 - Condutor de Veículos de Urgência:

1.2.3.1 - Veículos Terrestres: Profissional de nível básico, habilitado a conduzir veículos de urgência padronizados pelo código sanitário e pelo presente Regulamento como veículos terrestres, obedecendo aos padrões de capacitação e atuação previstos neste Regulamento.

Requisitos Gerais: maior de vinte e um anos; disposição pessoal para a atividade; equilíbrio emocional e autocontrole; disposição para cumprir ações orientadas; habilitação profissional como motorista de veículos de transporte de pacientes, de acordo com a legislação em vigor (Código Nacional de Trânsito); capacidade de trabalhar em equipe; disponibilidade para a capacitação discriminada no Capítulo VII, bem como para a recertificação periódica.

Competências/Atribuições: conduzir veículo terrestre de urgência destinado ao atendimento e transporte de pacientes; conhecer integralmente o veículo e realizar manutenção básica do mesmo; estabelecer contato radiofônico (ou telefônico) com a central de regulação médica e seguir suas orientações; conhecer a malha viária local; conhecer a localização de todos os estabelecimentos de saúde integrados ao sistema assistencial local, auxiliar a equipe de saúde nos gestos básicos de suporte à vida; auxiliar a equipe nas imobilizações e transporte de vítimas; realizar medidas reanimação cardiopulmonar básica; identificar todos os tipos de materiais existentes nos veículos de socorro e sua utilidade, a fim de auxiliar a equipe de saúde.

1.2.3.2 - Veículos Aéreos: Profissional habilitado à operação de aeronaves, segundo as normas e regulamentos vigentes do Comando da Aeronáutica/Código Brasileiro de Aeronáutica/Departamento de Aviação Civil, para atuação em ações de atendimento pré-hospitalar móvel e transporte inter-hospitalar sob a orientação do médico da aeronave, respeitando as prerrogativas legais de segurança de voo, obedecendo aos padrões de capacitação e atuação previstos neste Regulamento.

Requisitos Gerais: de acordo com a legislação vigente no país (Lei nº 7.183, de 5 de abril de 1984; Lei nº 7.565, de 19 de dezembro de 1986; e Portaria nº 3.016, de 5 de fevereiro de 1988 – do Comando da Aeronáutica), além de disposição pessoal para a atividade, equilíbrio emocional e autocontrole, disposição para cumprir ações orientadas, capacidade de trabalhar em equipe e disponibilidade para a capacitação discriminada no Capítulo VII, bem como para a re-certificação periódica.

Competências/Atribuições: cumprir as normas e rotinas operacionais vigentes no serviço a que está vinculado, bem como a legislação específica em vigor; conduzir veículo aéreo destinado ao atendimento de urgência e transporte de pacientes; acatar as orientações do médico da aeronave; estabelecer contato radiofônico (ou telefônico) com a central de regulação médica e seguir suas orientações; conhecer a localização dos estabelecimentos de saúde integrados ao sistema assistencial que podem receber aeronaves; auxiliar a equipe de saúde nos gestos básicos de suporte à vida; auxiliar a equipe nas imobilizações e transporte de vítimas; realizar medidas reanimação cardiopulmonar básica; identificar todos os tipos de materiais existentes nas aeronaves de socorro e sua utilidade, a fim de auxiliar a equipe de saúde.

1.2.3.3– Veículos Aquáticos: Profissional habilitado à operação de embarcações, segundo as normas e regulamentos vigentes no país, para atuação em ações de atendimento pré-hospitalar móvel e transporte inter-hospitalar sob a orientação do médico da

embarcação, respeitando as prerrogativas legais de segurança de navegação.

Requisitos Gerais: Os já determinados pela legislação específica para condutores de embarcações, além de disposição pessoal para a atividade, equilíbrio emocional e autocontrole, disposição para cumprir ações orientadas, capacidade de trabalhar em equipe e disponibilidade para a capacitação discriminada no Capítulo VII, bem como para a re-certificação periódica.

Competências/Atribuições: cumprir as normas e rotinas operacionais vigentes no serviço a que está vinculado, bem como a legislação específica em vigor; conduzir veículo aquático destinado ao atendimento de urgência e transporte de pacientes; acatar as orientações do médico da embarcação; estabelecer contato radiofônico (ou telefônico) com a central de regulação médica e seguir suas orientações; auxiliar a equipe de saúde nos gestos básicos de suporte à vida; auxiliar a equipe nas imobilizações e transporte de vítimas; realizar medidas reanimação cardiopulmonar básica; identificar todos os tipos de materiais existentes nas embarcações de socorro e sua utilidade, a fim de auxiliar a equipe de saúde.

1.2.4 - Profissionais Responsáveis pela Segurança: Policiais militares, rodoviários ou outros profissionais, todos com nível médio, reconhecidos pelo gestor público da saúde para o desempenho destas atividades, em serviços normatizados pelo SUS, regulados e orientados pelas Centrais Públicas de Regulação Médica das Urgências. Atuam na identificação de situações de risco, exercendo a proteção das vítimas e dos profissionais envolvidos no atendimento. Fazem resgate de vítimas de locais ou situações que impossibilitam o acesso da equipe de saúde. Podem realizar suporte básico de vida, com ações não invasivas, sob supervisão médica direta ou à distância, sempre que a vítima esteja em situação que impossibilite o acesso e manuseio pela equipe de saúde, obedecendo aos padrões de capacitação e atuação previstos neste Regulamento;

Requisitos Gerais: maior de dezoito anos; disposição pessoal e capacidade física e mental para a atividade; equilíbrio emocional e autocontrole; disposição para cumprir ações orientadas; capacitação específica por meio dos Núcleos de Educação em Urgências, conforme conteúdo estabelecido por este Regulamento; capacidade de trabalhar em equipe; disponibilidade para a capacitação discriminada no Capítulo VII, bem como para a re-certificação periódica.

Competências/Atribuições: comunicar imediatamente a existência da ocorrência à Central de Regulação Médica de Urgências; avaliar a cena do evento, identificando as circunstâncias da ocorrência e reportando-as ao médico regulador ou à equipe de saúde por ele designada; identificar e gerenciar situações de risco na cena do acidente, estabelecer a segurança da área de operação e orientar a movimentação da equipe de saúde; realizar manobras de suporte básico de vida sob orientação do médico regulador; remover as vítimas para local seguro onde possa receber o atendimento da equipe de saúde; estabilizar veículos acidentados; realizar manobras de desencarceramento e extração manual ou com emprego de equipamentos próprios; avaliar as condições da vítima, observando e comunicando ao médico regulador as condições de respiração, pulso e consciência; transmitir, via rádio, ao médico regulador, a correta descrição da vítima e da cena; conhecer as técnicas de transporte do paciente traumatizado; manter vias aéreas permeáveis com manobras manuais e não invasivas, administrar oxigênio e realizar ventilação artificial; realizar circulação artificial pela técnica de compressão torácica externa; controlar sangramento externo por pressão direta, elevação do membro e ponto de pressão, utilizando curativos e bandagens; mobilizar e remover pacientes com proteção da coluna vertebral, utilizando pranchas e outros equipamentos de imobilização e transporte; aplicar curativos e bandagens; imobilizar fraturas, utilizando os equipamentos disponíveis em seus veículos; dar assistência ao parto normal em período expulso e realizar manobras básicas ao recém nato e parturiente; prestar primeiro atendimento à intoxicações, sob orientação do médico regulador; conhecer e saber operar todos os equipamentos e materiais pertencentes ao veículo de atendimento; conhecer e usar os equipamentos de bioproteção individual; preencher os formulários e registros obrigatórios do sistema de atenção às urgências e do serviço; manter-se em contato com a Central de Regulação, repassando os informes sobre a situação da cena e do paciente ao médico regulador, para decisão e monitoramento do atendimento pelo mesmo; repassar as informações do atendimento à equipe de saúde designada pelo médico regulador para atuar no local do evento.

1.2.5 - Bombeiros Militares: Profissionais Bombeiros Militares, com nível médio, reconhecidos pelo gestor público da saúde para o desempenho destas atividades, em serviços normatizados pelo SUS, regulados e orientados pelas Centrais de Regulação. Atuam na identificação de situações de risco e comando das ações de proteção ambiental, da vítima e dos profissionais envolvidos no seu atendimento, fazem o resgate de vítimas de locais ou situações que impossibilitam o acesso da equipe de saúde. Podem realizar suporte básico de vida, com ações não invasivas, sob supervisão médica direta ou à distância, obedecendo aos padrões de capacitação e atuação previstos neste Regulamento.

Requisitos Gerais: maior de dezoito anos; disposição pessoal e capacidade física e mental para a atividade; equilíbrio emocional e autocontrole; disposição para cumprir ações orientadas; capacitação específica por meio dos Núcleos de Educação em Urgências, conforme conteúdo estabelecido por este Regulamento; capacidade de trabalhar em equipe; disponibilidade para a capacitação discriminada no Capítulo VII, bem como para a re-certificação periódica.

Competências/Atribuições: comunicar imediatamente a existência de ocorrência com potencial de vítimas ou demandas de saúde à Central de Regulação Médica de Urgências; avaliar a cena do evento, identificando as circunstâncias da ocorrência e reportando-as ao médico regulador ou à equipe de saúde por ele designada; identificar e gerenciar situações de risco na cena do acidente, estabelecer a área de operação e orientar a movimentação da equipe de saúde; realizar manobras de suporte básico de vida, sob orientação do médico regulador; obter acesso e remover a/s vítima/s para local seguro onde possam receber o atendimento adequado pela equipe de saúde e se solicitado pela mesma ou designado pelo médico regulador, transportar as vítimas ao serviço de saúde determinado pela regulação médica; estabilizar veículos acidentados; realizar manobras de desencarceramento e extração manual ou com emprego de equipamentos especializados de bombeiro; avaliar as condições da vítima, identificando e informando ao médico regulador as condições de respiração, pulso e consciência, assim como uma descrição geral da sua situação e das circunstâncias da ocorrência, incluindo informações de testemunhas; transmitir, ao médico regulador a correta descrição da cena da urgência e do paciente; conhecer as técnicas de transporte do paciente traumatizado; manter vias aéreas permeáveis com manobras manuais e não invasivas, administrar oxigênio e realizar ventilação artificial; realizar circulação artificial por meio da técnica de compressão torácica externa; controlar sangramento externo, por pressão direta, elevação do membro e ponto de pressão, utilizando curativos e bandagens; mobilizar e remover pacientes com proteção da coluna vertebral, utilizando colares cervicais, pranchas e outros equipamentos de imobilização e transporte; aplicar curativos e bandagens; imobilizar fraturas utilizando os equipamentos disponíveis; prestar o primeiro atendimento à intoxicações, de acordo com protocolos acordados ou por orientação do médico regulador; dar assistência ao parto normal em período expulso e realizar manobras básicas ao recém nato e parturiente; manter-se em contato com a central de regulação médica repassando os informes iniciais e subsequentes sobre a situação da cena e do(s) paciente(s) para decisão e monitoramento do atendimento pelo médico regulador; conhecer e saber operar todos os equipamentos e materiais pertencentes a veículo de atendimento; repassar as informações do atendimento à equipe de saúde designada pelo médico regulador para atuar no local do evento; conhecer e usar equipamentos de bioproteção individual; preencher os formulários e registros obrigatórios do sistema de atenção às urgências e do serviço; realizar triagem de múltiplas vítimas, quando necessário ou quando solicitado pela equipe de saúde; participar dos programas de treinamento e educação continuada, conforme os termos deste Regulamento.

1.3 - Capacitação Específica dos Profissionais de Transporte Aeromédico

Os profissionais devem ter noções de aeronáutica de fisiologia de voo. Estas noções de aeronáutica e noções básicas de fisiologia de voo devem seguir as determinações da Diretoria de Saúde da Aeronáutica, e da Divisão de Medicina Aeroespacial, abrangendo:

Noções de aeronáutica:

- Terminologia aeronáutica;
- Procedimentos normais e de emergência em voo;
- Evacuação de emergência;
- Segurança no interior e em torno de aeronaves;
- Embarque e desembarque de pacientes. Noções básicas de fisiologia de voo:
- Atmosfera;
- Fisiologia respiratória;
- Estudo clínico da hipóxia;
- Disbarismos;
- Forças acelerativas em voo e seus efeitos sobre o organismo humano; Aerocinetose;
- Ritmo circadiano;
- Gases, líquidos e vapores tóxicos em aviação;
- Ruídos e vibrações;
- Cuidados de saúde com paciente em voo. A capacitação necessária aos profissionais que atuam no transporte aeromédico será a mesma estabelecida no presente Regulamento para os profissionais do pré-hospitalar móvel, conforme grade do Capítulo VII, devendo, no entanto, ter a seguinte capacitação adicional:

1.3.1 - Piloto de Aeronave de Asa Rotativa:

Módulo comum: total 8 horas

Qualificação pessoal:

Atendimento pré-hospitalar;

Sistema de saúde local;

Rotinas operacionais 1.3.2 - Profissional de Segurança e Auxiliar/Técnico de Enfermagem:

Rotinas operacionais de transporte aeromédico:

Noções de aeronáutica: 10 horas;

- Noções básicas de fisiologia de voo: 12 horas.

1.3.3 - Médicos e Enfermeiros:

Rotinas operacionais de transporte aeromédico:

- Noções de aeronáutica: 10 horas;

- Noções básicas de fisiologia de voo: 20 horas.

2 - DEFINIÇÃO DOS VEÍCULOS DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL

2.1 - AMBULÂNCIAS

Define-se ambulância como um veículo (terrestre, aéreo ou aquaviário) que se destine exclusivamente ao transporte de enfermos.

As dimensões e outras especificações do veículo terrestre deverão obedecer às normas da ABNT – NBR 14561/2000, de julho de 2000.

As Ambulâncias são classificadas em:

TIPO A – Ambulância de Transporte: veículo destinado ao transporte em decúbito horizontal de pacientes que não apresentam risco de vida, para remoções simples e de caráter eletivo.

TIPO B – Ambulância de Suporte Básico: veículo destinado ao transporte interhospitalar de pacientes com risco de vida conhecido e ao atendimento pré-hospitalar de pacientes com risco de vida desconhecido, não classificado com potencial de necessitar de intervenção médica no local e/ou durante transporte até o serviço de destino.

TIPO C - Ambulância de Resgate: veículo de atendimento de urgências pré- hospitalares de pacientes vítimas de acidentes ou pacientes em locais de difícil acesso, com equipamentos de salvamento (terrestre, aquático e em alturas).

TIPO D – Ambulância de Suporte Avançado: veículo destinado ao atendimento e transporte de pacientes de alto risco em emergências pré-hospitalares e/ou de transporte inter-hospitalar que necessitam de cuidados médicos intensivos. Deve contar com os equipamentos médicos necessários para esta função.

TIPO E – Aeronave de Transporte Médico: aeronave de asa fixa ou rotativa utilizada para transporte inter-hospitalar de pacientes e aeronave de asa rotativa para ações de resgate, dotada de equipamentos médicos homologados pelo Departamento de Aviação Civil - DAC.

TIPO F – Embarcação de Transporte Médico: veículo motorizado aquaviário, destinado ao transporte por via marítima ou fluvial. Deve possuir os equipamentos médicos necessários ao atendimento de pacientes conforme sua gravidade.

2.2 - VEÍCULOS DE INTERVENÇÃO RÁPIDA

Estes veículos, também chamados de veículos leves, veículos rápidos ou veículos de ligação médica são utilizados para transporte de médicos com equipamentos que possibilitam oferecer suporte avançado de vida nas ambulâncias do Tipo A, B, C e F.

2.3 - OUTROS VEÍCULOS:

Veículos habituais adaptados para transporte de pacientes de baixo risco, sentados (ex. pacientes crônicos) que não se caracterizem como veículos tipo lotação (ônibus, peruas, etc.). Este transporte só pode ser realizado com anuência médica.

3 – DEFINIÇÃO DOS MATERIAIS E EQUIPAMENTOS DAS AMBULÂNCIAS

As ambulâncias deverão dispor, no mínimo, dos seguintes materiais e equipamentos ou similares com eficácia equivalente:

3.1 - Ambulância de Transporte (Tipo A): Sinalizador óptico e acústico; equipamento de rádio-comunicação em contato permanente com a central reguladora; maca com rodas; suporte para soro e oxigênio medicinal.

3.2 - Ambulância de Suporte Básico (Tipo B):

Sinalizador óptico e acústico; equipamento de rádio-comunicação fixo e móvel; maca articulada e com rodas; suporte para soro; instalação de rede de oxigênio com cilindro, válvula, manômetro em local de fácil visualização e régua com dupla saída; oxigênio com régua tripla (a- alimentação do respirador; b- fluxômetro e umidificador de oxigênio e c - aspirador tipo Venturi); manômetro e fluxômetro com máscara e chicote para oxigenação; cilindro de oxigênio portátil com válvula; maleta de urgência contendo: estetoscópio adulto e infantil, ressuscitador manual adulto/infantil, cânulas orofaríngeas de tamanhos variados, luvas descartáveis, tesoura reta com ponta romba, esparadrapo, esfigmomanômetro adulto/infantil, ataduras de 15 cm, compressas cirúrgicas estéreis, pacotes de gaze estéril, protetores para queimados ou eviscerados, cateteres para oxigenação e aspiração de vários tamanhos; maleta de parto contendo: luvas cirúrgicas, clamps umbilicais, estilete estéril para corte do cordão, saco plástico para placenta, cobertor, compressas cirúrgicas e gases estéreis, braceletes de identificação; suporte para soro; prancha curta e longa para imobilização de coluna; talas para imobilização de membros e conjunto de colares cervicais; colete imobilizador dorsal; frascos de soro fisiológico e ringer lactato; bandagens triangulares; cobertores; coletes refletivos para a tripulação; lanterna de mão; óculos, máscaras e aventais de proteção e maletas com medicações a serem definidas em protocolos, pelos serviços. As ambulâncias de suporte básico que realizam também ações de salvamento deverão conter o material mínimo para salvamento terrestre, aquático e em alturas, maleta de ferramentas e extintor de pó químico seco de 0,8 Kg, fitas e cones sinalizadores para isolamento de áreas, devendo contar, ainda com compartimento isolado para a sua guarda, garantindo um salão de atendimento às vítimas de, no mínimo, 8 metros cúbicos.

3.3 – Ambulância de Resgate (Tipo C):

Sinalizador óptico e acústico; equipamento de rádio-comunicação fixo e móvel; prancha curta e longa para imobilização de coluna; talas para imobilização de membros e conjunto de colares cervicais; colete imobilizador dorsal; frascos de soro fisiológico; bandagens triangulares; cobertores; coletes refletivos para a tripulação; lanterna de mão; óculos, máscaras e aventais de proteção; material mínimo para salvamento terrestre, aquático e em alturas; maleta de ferramentas e extintor de pó químico seco de 0,8 Kg; fitas e cones sinalizadores para isolamento de áreas.

Quando realizarem também o suporte básico de vida, as ambulâncias de resgate deverão ter uma configuração que garanta um salão de atendimento às vítimas de, no mínimo 8 metros cúbicos, além de compartimento isolado para a guarda de equipamentos de salvamento e deverão estar equipadas com: maca articulada e com rodas; instalação de rede de oxigênio com cilindro, válvula, manômetro em local de fácil visualização e régua com dupla saída; oxigênio com régua tripla (a - alimentação do respirador; b - fluxômetro e umidificador de oxigênio e c - aspirador tipo Venturi); manômetro e fluxômetro com máscara e chicote para oxigenação; cilindro de oxigênio portátil com válvula; maleta de emergência contendo: estetoscópio adulto e infantil; ressuscitador manual adulto/infantil, luvas descartáveis; cânulas orofaríngeas de tamanhos variados; tesoura reta com ponta romba; esparadrapo; esfigmomanômetro adulto/infantil; ataduras de 15 cm; compressas cirúrgicas estéreis; pacotes de gaze estéril; protetores para queimados ou eviscerados; cateteres para oxigenação e aspiração de vários tamanhos; maleta de parto contendo: luvas cirúrgicas; clamps umbilicais; estilete estéril para corte do cordão; saco plástico para placenta; cobertor; compressas cirúrgicas e gases estéreis; braceletes de identificação;

3.4 - Ambulância de Suporte Avançado (Tipo D):

Sinalizador óptico e acústico; equipamento de rádio-comunicação fixo e móvel; maca com rodas e articulada; dois suportes de soro; cadeira de rodas dobrável; instalação de rede portátil de oxigênio como descrito no item anterior (é obrigatório que a quantidade de oxigênio permita ventilação mecânica por no mínimo duas horas); respirador mecânico de transporte; oxímetro não-invasivo portátil; monitor cardioversor com bateria e instalação elétrica disponível (em caso de frota deverá haver disponibilidade de um monitor cardioversor com marca-passo externo não-invasivo); bomba de infusão com bateria e equipo; maleta de vias aéreas contendo: máscaras laringeas e cânulas endotraqueais de vários tamanhos; cateteres de aspiração; adaptadores para cânulas; cateteres nasais; seringa de 20ml; ressuscitador manual adulto/infantil com reservatório; sondas para aspiração traqueal de vários tamanhos; luvas de procedimentos; máscara para ressuscitador adulto/infantil; lidocaína geléia e "spray"; cadarços para fixação de cânula; laringoscópio infantil/adulto com conjunto de lâminas; estetoscópio; esfigmomanômetro adulto/infantil; cânulas orofaríngeas adulto/infantil; fios-guia para intubação; pinça de Magyll; bisturi descartável; cânulas para traqueostomia; material para cricotiroidostomia; conjunto de drenagem torácica; maleta de acesso venoso contendo: tala para fixação de braço; luvas estéreis; recipiente de algodão com anti-séptico; pacotes de gaze estéril; esparadrapo; material para punção de vários tamanhos incluindo agulhas metálicas, plásticas e agulhas especiais para punção óssea; garrote; equipos de macro e microgotas; cateteres específicos para dissecação de veias, tamanho adulto/infantil; tesoura, pinça de Kocher; cortadores de soro; lâminas de bisturi; seringas de vários tamanhos; torneiras de 3 vias; equipo de infusão de 3 vias; frascos de soro fisiológico, ringer lactato e soro glicosado; caixa completa de pequena cirurgia; maleta de parto como descrito nos itens anteriores; sondas vesicais; coletores de urina; protetores para eviscerados ou queimados; espátulas de madeira; sondas nasogástricas; eletrodos descartáveis; equipos para drogas fotossensíveis; equipo para bombas de infusão; circuito de respirador estéril de reserva; equipamentos de proteção à equipe de atendimento: óculos, máscaras e aventais; cobertor ou filme metálico para conservação do calor do corpo; campo cirúrgico fenestrado; almotolias com anti-séptico; conjunto de colares cervicais; prancha longa para imobilização da coluna. Para o atendimento a neonatos deverá haver pelo menos uma incubadora de transporte de recém-nascido com bateria e ligação à tomada do veículo (12 volts). A incubadora deve estar apoiada sobre carros com rodas devidamente fixadas quando dentro da ambulância e conter respirador e equipamentos adequados para recém natos.

3.5 - Aeronave de Transporte Médico (Tipo E):

3.5.1 - Aeronaves de Asas Rotativas (Helicópteros) para atendimento pré-hospitalar móvel primário:

- Conjunto aeromédico (homologado pelo Departamento de Aviação Civil – DAC): maca ou incubadora; cilindro de ar comprimido e oxigênio com autonomia de pelo menos 2 horas; régua tripla para transporte; suporte para fixação de equipamentos médicos;

- Equipamentos médicos fixos: respirador mecânico; monitor cardioversor com bateria; oxímetro portátil; bomba de infusão; prancha longa para imobilização de coluna;

- Equipamentos médicos móveis: maleta de vias aéreas contendo: conjunto de cânulas orofaríngeas; cânulas endotraqueais de vários tamanhos; cateteres de aspiração; adaptadores para cânulas; cateteres nasais; seringa de 20 ml; ressuscitador manual adulto/infantil completo; sondas para aspiração traqueal de vários tamanhos; luvas de procedimentos; lidocaína geléia e spray; cadarços para fixação de cânula; laringoscópio infantil/adulto com conjunto de lâminas curvas e retas; estetoscópio;

esfigmomanômetro adulto/infantil;; fios; fios-guia para intubação; pinça de Magyll; bisturi descartável; cânulas para traqueostomia; material para cricotiroidostomia; conjunto de drenagem de tórax; maleta de acesso venoso contendo: tala para fixação de braço; luvas estéreis; recipiente de algodão com anti-séptico; pacotes de gaze esteril; esparadrapo; material para punção de vários tamanhos, incluindo agulhas metálicas, plásticas e agulhas especiais para punção óssea; garrote; equipos de macro e microgotas; cateteres específicos para dissecação de veias tamanhos adulto/infantil; tesoura; pinça de Kocher; cortadores de soro; lâminas de bisturi; seringas de vários tamanhos; torneiras de 3 vias; equipo de infusão polivias; frascos de solução salina, ringer lactato, e glicosada para infusão venosa; caixa de pequena cirurgia; maleta de parto contendo: luvas cirúrgicas; clamps umbilicais; estilete esteril para corte do cordão; saco plástico para placenta; absorvente higiênico grande; cobertor ou similar para envolver o recém-nascido; compressas cirúrgicas estéreis, pacotes de gases estéreis e braceletes de identificação; sondas vesicais; coletores de urina; protetores para eviscerados ou queimados; espátulas de madeira; sondas nasogástricas; eletrodos descartáveis; equipos para drogas fotossensíveis; equipos para bombas de infusão; circuito de respirador esteril de reserva; cobertor ou filme metálico para conservação do calor do corpo; campo cirúrgico fenestrado; almotolias com anti-séptico; conjunto de colares cervicais; equipamentos de proteção à equipe de atendimento: óculos, máscaras, luvas.

Outros: colete imobilizador dorsal; cilindro de oxigênio portátil com válvula; manômetro e fluxômetro com máscara e chicote para oxigenação; bandagens triangulares; talas para imobilização de membros; coletes reflexivos para a tripulação; lanterna de mão; equipamentos de proteção à equipe de atendimento: óculos, máscaras, luvas.

3.5.2- Aeronaves de Asas Fixas (Aviões) e Aeronaves de Asas Rotativas (Helicópteros) para atendimento pré-hospitalar móvel secundário ou transporte interhospitalar:

- Conjunto aeromédico (homologado pelo Departamento de Aviação Civil – DAC): maca ou incubadora; cilindro de ar comprimido e oxigênio com autonomia de pelo menos 4 horas; régua tripla para transporte; suporte para fixação de equipamentos médicos.

- Equipamentos médicos fixos: respirador mecânico; monitor cardioversor com bateria com marca-passo externo não-invasivo; oxímetro portátil; monitor de pressão não-invasiva; bomba de infusão; prancha longa para imobilização de coluna; capnógrafo;

- Equipamentos médicos móveis: maleta de vias aéreas contendo: cânulas endotraqueais de vários tamanhos; cateteres de aspiração; adaptadores para cânulas; cateteres nasais; seringa de 20 ml; ressuscitador manual adulto/infantil completo; sondas para aspiração traqueal de vários tamanhos; luvas de procedimentos; lidocaína geléia e spray; cadarços para fixação de cânula; laringoscópio infantil/adulto com conjunto de lâminas curvas e retas; estetoscópio; esfigmomanômetro adulto/infantil; cânulas orofaríngeas adulto/infantil; fios; fios-guia para intubação; pinça de Magyll; bisturi descartável; cânulas para traqueostomia; material para cricotiroidostomia; conjunto de drenagem de tórax; maleta de acesso venoso contendo: tala para fixação de braço, luvas estéreis, recipiente de algodão com anti-séptico; pacotes de gaze esteril; esparadrapo; material para punção de vários tamanhos, incluindo agulhas metálicas, plásticas e agulhas especiais para punção óssea; garrote; equipos de macro e microgotas; cateteres específicos para dissecação de veias tamanhos adulto/infantil; tesoura, pinça de Kocher; cortadores de soro; lâminas de bisturi; seringas de vários tamanhos; torneiras de 3 vias; equipo de infusão polivias; frascos de solução salina, ringer lactato e glicosada para infusão venosa; caixa completa de pequena cirurgia; maleta de parto contendo: luvas cirúrgicas; clamps umbilicais; estilete esteril para corte do cordão; saco plástico para placenta, absorvente higiênico grande; cobertor ou similar para envolver o recém-nascido; compressas cirúrgicas estéreis; pacotes de gases estéreis e braceletes de identificação; sondas vesicais; coletores de urina; protetores para eviscerados ou queimados; espátulas de madeira; sondas nasogástricas; eletrodos descartáveis; equipos para drogas fotossensíveis; equipos para bombas de infusão; circuito de respirador esteril de reserva; cobertor ou filme metálico para conservação do calor do corpo; campo cirúrgico fenestrado; almotolias com anti-séptico; conjunto de colares cervicais; equipamentos de proteção à equipe de atendimento: óculos, máscaras, luvas.

3.6 – Embarcação de Transporte (Tipo F):

Este veículo motorizado aquaviário, destinado ao transporte por via marítima ou fluvial, poderá ser equipado como indicado para as Ambulâncias de Tipo A, B, ou D, dependendo do tipo de assistência a ser prestada.

4 – DEFINIÇÃO DOS MEDICAMENTOS DAS AMBULÂNCIAS

Medicamentos obrigatórios que deverão constar nos veículos de suporte avançado, seja nos veículos terrestres, aquáticos e nas aeronaves ou naves de transporte médico (Classes D, E e F):

- Lidocaína sem vasoconstritor; adrenalina, epinefrina, atropina; dopamina; aminofilina; dobutamina; hidrocortisona; glicose 50%;
- Soros: glicosado 5%; fisiológico 0,9%; ringer lactato;
- Psicotrópicos: hidantoína; meperidina; diazepam; midazolam;
- Medicamentos para analgesia e anestesia: fentanil, ketalar, quelecin;
- Outros: água destilada; metoclopramida; dipirona; hioscina; dinitrato de isossorbitol; furosemide; amiodarona; lanatoside C.

5 – TRIPULAÇÃO

Considerando-se que as urgências não se constituem em especialidade médica ou de enfermagem e que nos cursos de graduação a atenção dada à área ainda é bastante insuficiente, entende-se que os profissionais que venham a atuar como tripulantes dos Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel devam ser habilitados pelos Núcleos de Educação em Urgências, cuja criação é indicada pelo presente Regulamento e cumpram o conteúdo curricular mínimo nele proposto - Capítulo VII.

5.1 - Ambulância do Tipo A: 2 profissionais, sendo um o motorista e o outro um Técnico ou Auxiliar de enfermagem.

5.2 - Ambulância do Tipo B: 2 profissionais, sendo um o motorista e um técnico ou auxiliar de enfermagem.

5.3 - Ambulância do Tipo C: 3 profissionais militares, policiais rodoviários, bombeiros militares, e/ou outros profissionais reconhecidos pelo gestor público, sendo um motorista e os outros dois profissionais com capacitação e certificação em salvamento e suporte básico de vida.

5.4 - Ambulância do tipo D: 3 profissionais, sendo um motorista, um enfermeiro e um médico.

5.5 - Aeronaves: o atendimento feito por aeronaves deve ser sempre considerado como de suporte avançado de vida e:

- Para os casos de atendimento pré-hospitalar móvel primário não traumático e secundário, deve contar com o piloto, um médico, e um enfermeiro;

- Para o atendimento a urgências traumáticas em que sejam necessários procedimentos de salvamento, é indispensável a presença de profissional capacitado para tal.

5.6 - Embarcações: a equipe deve ser composta 2 ou 3 profissionais, de acordo com o tipo de atendimento a ser realizado, contando com o condutor da embarcação e um auxiliar/técnico de enfermagem em casos de suporte básico de vida, e um médico e um enfermeiro, em casos de suporte avançado de vida.

CAPÍTULO V

ATENDIMENTO HOSPITALAR

UNIDADES HOSPITALARES DE ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

O presente Regulamento Técnico está definindo uma nova nomenclatura e classificação para a área de assistência hospitalar de urgência e emergência. Refletindo sobre a regionalização proposta pela NOAS e sobre a estrutura dos pronto socorros existentes no país, adota-se a seguinte classificação/estruturação, partindo da premissa que nenhum pronto socorro hospitalar poderá apresentar infra estrutura inferior à de uma unidade não hospitalar de atendimento às urgências e emergências, conforme descrito no Capítulo III - item 2 deste Regulamento:

1 - Classificação

As Unidades Hospitalares de Atendimento em Urgência e Emergência serão classificadas segundo segue:

A - Unidades Gerais: a - Unidades Hospitalares Gerais de Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo I; b - Unidades Hospitalares Gerais de Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo II.

B - Unidades de Referência: a - Unidades Hospitalares de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo I; b - Unidades Hospitalares de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo II; c - Unidades Hospitalares de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo III.

Observação: As Unidades de Referência correspondem, respectivamente, aos Hospitais Tipo I, II e III definidos segundo os critérios de classificação estabelecidos pela Portaria GM/MS nº 479, de 15 de abril de 1999, que cria mecanismos para a implantação dos Sistemas Estaduais de referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências.

2 - Definição das Unidades e Critérios de Classificação

2.1 - Características Gerais

As características gerais relacionadas abaixo são exigíveis para a classificação e cadastramento de Unidades Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências e são comuns às Gerais de Tipo I e II e às de Referência de Tipo I, II e III.

2.1.1 – Recursos Humanos

Toda equipe da Unidade deve ser capacitada nos Núcleos de Educação em Urgências e treinada em serviço e, desta forma, capacitada para executar suas tarefas. No caso do treinamento em serviço, o Responsável Técnico pela Unidade será o coordenador do programa de treinamento dos membros da equipe. Uma cópia do programa de treinamento (conteúdo) ou as linhas gerais dos cursos de treinamento devem estar disponíveis para revisão; deve existir ainda uma escala de treinamento de novos funcionários.

A Unidade deve contar com:

a - Responsável Técnico - médico com Título de Especialista em sua área de atuação profissional reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina ou com Certificado de Residência Médica em sua especialidade emitido por Programa de Residência Médica reconhecido pelo MEC.

O médico Responsável Técnico pela Unidade somente poderá assumir a responsabilidade técnica por uma única Unidade cadastrada pelo Sistema Único de Saúde. No caso de responsável técnico de Unidade instalada em Hospital Universitário, o médico poderá acumular esta responsabilidade com a de mais uma Unidade cadastrada pelo SUS, desde que instalada no mesmo município.

b - Equipe Médica: deve ser composta por médicos em quantitativo suficiente para o atendimento dos serviços nas 24 horas do dia para atendimento de urgências/emergências e todas as atividades dele decorrentes.

c - Enfermagem: A Unidade deve contar com: - Coordenação de Enfermagem: 01 (um) Enfermeiro Coordenador; - Enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem em quantitativo suficiente para o atendimento dos serviços nas 24 horas do dia para atendimento de urgências/emergências e todas as atividades dele decorrentes.

2.1.2 – Área Física

As áreas físicas da Unidade deverão se enquadrar nos critérios e normas estabelecidos pela legislação em vigor ou outros ditames legais que as venham substituir ou complementar, a saber:

a - Resolução 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, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.

b - Resolução nº 05, de 05 de agosto de 1993, do CONAMA – Conselho Nacional de Meio Ambiente.

A área física deve ser estruturada de acordo com o tamanho, complexidade e perfil assistencial da unidade e adequada para o acolhimento e atendimento especializado aos portadores de danos e/ou agravos específicos em situação de urgência/emergência.

2.1.3 - Rotinas de Funcionamento e Atendimento

A Unidade deve possuir Rotinas de Funcionamento e Atendimento escritas, atualizadas a cada 04 anos e assinadas pelo Responsável Técnico pela Unidade. As rotinas devem abordar todos os processos envolvidos na assistência que contemplem desde os aspectos organizacionais até os operacionais e técnicos. Deve haver também uma rotina de manutenção preventiva de materiais e equipamentos.

As Rotinas devem contemplar, no mínimo, os seguintes itens:

a - Critérios de avaliação dos pacientes e, se for o caso, de indicação de procedimento cirúrgico;

b - Procedimentos médico-cirúrgicos;

c - Procedimentos de enfermagem;

- d - Rotinas de suporte nutricional;
- e - Rotinas de controle de Infecção Hospitalar;
- f - Ficha própria para descrição do ato cirúrgico;
- g - Rotinas de acompanhamento ambulatorial dos pacientes;

2.1.4 - Registro de Pacientes

A Unidade deve possuir um prontuário para cada paciente com as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento. Os prontuários deverão estar devidamente ordenados no Serviço de Arquivo Médico. Informações Mínimas do Prontuário:

- a - Identificação do paciente;
- b - Histórico Clínico;
- c - Avaliação Inicial;
- d - Indicação do procedimento cirúrgico, se for o caso;
- e - Descrição do ato cirúrgico, se for o caso;
- f - Descrição da evolução e prescrições
- g - Condições na alta hospitalar ou transferência

2.1.5 - Estruturação da Grade de Referência

As Unidades Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências devem, possuir retaguarda de maior complexidade previamente pactuada, com fluxo e mecanismos de transferência claros, mediados pela Central de Regulação, a fim de garantir o encaminhamento dos casos que extrapolem sua complexidade.

Além disso, devem garantir transporte para os casos mais graves, através do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel, onde ele existir, ou outra forma de transporte que venha a ser pactuada.

Também devem estar pactuados os fluxos para elucidação diagnóstica e avaliação especializada, além de se dar ênfase especial ao re-direcionamento dos pacientes para a rede básica e Programa de Saúde da Família, para o adequado seguimento de suas patologias de base e condições de saúde, garantindo acesso não apenas a ações curativas, mas a todas as atividades promocionais que devem ser implementadas neste nível de assistência.

2.2 - Características Específicas

Além das características gerais relacionadas no item 2.1, são exigíveis para a classificação e cadastramento de Unidades Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências as seguintes características específicas relativas a cada tipo de Unidade, devendo a mesma dispor de:

2.2.1 - Unidades Hospitalares Gerais de Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo I:

As Unidades Hospitalares Gerais de Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo I são aquelas instaladas em hospitais gerais de pequeno porte aptos a prestarem assistência de urgência e emergência correspondente ao primeiro nível de assistência da média complexidade (M1).

Estas Unidades, em funcionamento nas 24 horas do dia, devem contar com instalações físicas, recursos humanos e tecnológicos adequados de maneira a que se tornem o primeiro nível de assistência hospitalar no atendimento de urgência e emergência do Sistema Estadual de Urgência e Emergência. Estes recursos devem ser, no mínimo, aqueles disponíveis e já descritos como exigíveis para as Unidades Não Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências. Os requisitos relativos à capacitação de recursos humanos, transporte e grade de referência também são os mesmos descritos para estas Unidades.

2.2.2 - Unidades Hospitalares Gerais de Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo II:

As Unidades Hospitalares Gerais de Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo II são aquelas instaladas em hospitais gerais de médio porte aptos a prestarem assistência de urgência e emergência correspondente ao segundo nível de assistência hospitalar da média complexidade (M2).

Estas Unidades, em funcionamento nas 24 horas do dia, devem contar com instalações físicas, recursos humanos e tecnológicos adequados de maneira a que se tornem o segundo nível de assistência hospitalar no atendimento de urgência e emergência do Sistema Estadual de Urgência e Emergência.

A área física da Unidade não pode ser inferior ao especificado para as Unidades Não Hospitalares - item 2.4 do Capítulo II. Além disso, no corpo do hospital, deve haver centro cirúrgico e centro obstétrico, além de enfermarias para as áreas de atuação mencionadas.

Além das características gerais relacionadas no item 2.1, são exigíveis para a classificação e cadastramento de Unidades Gerais de Tipo II as seguintes características específicas, devendo a Unidade dispor de:

2.2.2.1 - Recursos Humanos

Além dos Recursos Humanos listados no item 2.1.1, a Unidade deve contar com:

Profissionais mínimos indispensáveis, presentes no hospital, capacitados para atendimento às urgências/emergências nas suas áreas específicas de atuação profissional:

Médico Clínico Geral
Pediatra
Ginecologista-Obstetra
Cirurgião Geral

Traumato-Ortopedista
Anestesiologista
Assistente Social

2.2.2.2- Recursos Tecnológicos

Os recursos tecnológicos mínimos e indispensáveis - propedêuticos e/ou terapêuticos para o atendimento especializado das urgências/emergências de que a Unidade deve dispor, nas 24 horas, são os seguintes:

Existentes na própria estrutura do hospital:

Análises Clínicas Laboratoriais

Eletrocardiografia

Radiologia Convencional

Recursos Tecnológicos disponíveis em serviços de terceiros, instalados dentro ou fora da estrutura ambulatorio-hospitalar da Unidade. Neste caso, a referência deve ser devidamente formalizada de acordo com o que estabelece a Portaria SAS nº 494, de 26 de agosto de 1999:

Endoscopia

Ultra-sonografia

Banco de Sangue

2.2.3 - Unidades de Referência

As Unidades de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências são aquelas instaladas em hospitais, gerais ou especializados, aptos a prestarem assistência de urgência e emergência correspondente à M3 e à alta complexidade, de acordo com sua capacidade instalada, especificidade e perfil assistencial. Estas Unidades, integrantes do Sistema Estadual de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências, devem contar com instalações físicas, recursos humanos e tecnológicos adequados de maneira a que se tornem a referência de assistência hospitalar no atendimento de urgência e emergência do Sistema Estadual de Urgência e Emergência.

Ficam entendidos como recursos tecnológicos e humanos acessíveis/alcançáveis aqueles que são necessários ao atendimento aos pacientes em situação de urgência/emergência e pelos quais a unidade hospitalar se responsabiliza, garantindo com recursos do próprio hospital o acesso ao serviço ou profissional.

As instalações previstas para as Unidades Não Hospitalares – item 2.4 do Capítulo II são exigência mínima e obrigatória na estrutura das Unidades de Referência. Caso não haja atendimento de traumato-ortopedia na Unidade, está dispensada a existência de sala de gesso.

2.2.3.1- Características Específicas- Unidades Hospitalares de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo I:

As Unidades de Referência de Tipo I são aquelas instaladas em hospitais especializados e que contam com recursos tecnológicos e humanos adequados para o atendimento das urgências/emergências de natureza clínica e cirúrgica, nas áreas de pediatria ou traumato-ortopedia ou cardiologia.

Além das características gerais relacionadas no item 2.1, são exigíveis para a classificação e cadastramento de Unidades de Referência de Tipo I as seguintes características específicas, devendo a Unidade dispor de:

2.2.3.1.1- Recursos Humanos

Além dos Recursos Humanos listados no item 2.1.1, a Unidade deve contar com:

Profissionais mínimos indispensáveis, presentes no hospital, capacitados para atendimento às urgências/emergências nas suas áreas específicas de atuação profissional:

Cardiologia	Pediatria	TraumatoOrtopedia
Cardiologista	Pediatra	TraumatoOrtopedista
Hemodinamicista	Intensivista	Clínico Geral
Angiografista	Cirurgião Pediátrico	Anestesiologista
Cirurgião Cardiovascular	Anestesiologista	
Intensivista		
Ecocardiografista		
Imenologista		
Anestesiologista		

Serviço de Suporte, Acompanhamento Clínico e Reabilitação: A Unidade deve contar com os serviços e profissionais nas seguintes áreas (dependendo do volume de atendimento, estes profissionais não precisam ser exclusivos da Unidade):

- Psicologia Clínica;
- Nutrição;
- Assistência Social;
- Fisioterapia;
- Terapia Ocupacional;
- Farmácia;

- Hemoterapia;

Outros Profissionais alcançáveis, identificados por especialidade e capacitados para o atendimento às urgências/emergências nas suas áreas específicas de atuação profissional:

Cardiologia	Pediatria	Traumatologia - Ortopedia
Hematologista	Endoscopista	Imagenologista
	Imagenologista	Hematologista
	Hematologista	Cirurgião Vascular
	Broncoscopista	Neurocirurgia
	Neuropediatra	Cirurgião Geral
		Cirurgião Bucomaxilofacial

2.2.3.1.2- Recursos Tecnológicos

Os recursos tecnológicos mínimos e indispensáveis - propedêuticos e/ou terapêuticos para o atendimento das urgências/emergências especializado de que a Unidade deve dispor são os seguintes:

Existentes na própria estrutura do hospital:

Cardiologia	Pediatria	Traumatologia - Ortopedia
Radiologia Convencional	Radiologia Convencional	Radiologia Convencional
Análises Clínicas Laboratoriais	Análises Clínicas Laboratoriais	Análises Clínicas Laboratoriais
Eletrocardiografia	Eletrocardiografia	Intensificador de Imagem
Ultra-sonografia	Ultra-sonografia	Anestesiologia
Ecocardiografia	Cirurgia Pediátrica	
Hemodinâmica	Anestesiologia	
Unidade de Terapia Intensiva de Tipo II ou III	Unidade de Terapia Intensiva de Tipo II ou III	
Cirurgia Cardiovascular		
Anestesiologia		
Banco de Sangue		
Angiografia		

Recursos Tecnológicos disponíveis em serviços de terceiros, instalados dentro ou fora da estrutura ambulatorio-hospitalar da Unidade. Neste caso, a referência deve ser devidamente formalizada de acordo com o que estabelece a Portaria SAS nº 494, de 26 de agosto de 1999:

Cardiologia	Pediatria	Traumatologia - Ortopedia
Tomografia Computadorizada	Tomografia Computadorizada	Tomografia Computadorizada
	Broncoscopia	Cirurgia Vascular
	Endoscopia	Cirurgia Bucomaxilofacial
	Banco de Sangue	Cirurgia Geral
		Neurocirurgia
		Banco de Sangue

2.2.3.2 - Características Específicas- Unidades Hospitalares de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo II:

As Unidades de Referência de Tipo II são aquelas instaladas em hospitais gerais e que contam com recursos tecnológicos e humanos adequados para o atendimento das urgências/emergências de natureza clínica e cirúrgica.

Além das características gerais relacionadas no item 2.1, são exigíveis para a classificação e cadastramento de Unidades de Referência de Tipo II as seguintes características específicas, devendo a Unidade dispor de:

2.2.3.2.1- Recursos Humanos

Além dos Recursos Humanos listados no item 2.1.1, a Unidade deve contar com:

Profissionais mínimos indispensáveis, presentes no hospital, capacitados para atendimento às urgências/emergências nas suas áreas específicas de atuação profissional:

Médico Clínico Geral
Pediatra
Ginecologista-Obstetra
Cirurgião Geral
Traumatologista - Ortopedista

Anestesiologista
Intensivista

Serviço de Suporte, Acompanhamento Clínico e Reabilitação: A Unidade deve contar com os serviços e profissionais nas seguintes áreas (dependendo do volume de atendimento, estes profissionais não precisam ser exclusivos da Unidade):

- Psicologia Clínica;
- Nutrição;
- Assistência Social;
- Fisioterapia;
- Terapia Ocupacional;
- Farmácia;
- Hemoterapia;

Outros Profissionais alcançáveis, identificados por especialidade e capacitados para o atendimento às urgências/emergências nas suas áreas específicas de atuação profissional:

Oftalmologista
Endoscopista
Broncoscopista
Otorrinolaringologista
Cardiologista
Odontólogo
Hemodinamicista
Neurologista
N e u r o c i r u r g i a o
Angiografista
Psiquiatra
Hematologista
Cirurgião Pediátrico

2.2.3.2.2- Recursos Tecnológicos

Os recursos tecnológicos mínimos e indispensáveis - propedêuticos e/ou terapêuticos para o atendimento das urgências/emergências especializados de que a Unidade deve dispor são os seguintes:

Existentes na própria estrutura do hospital:

Radiologia Convencional
Ultra-sonografia
Análises Clínicas Laboratoriais
Eletrocardiografia
Unidade de Terapia Intensiva de Tipo II ou III
Tomografia Computadorizada
Endoscopia
Banco de Sangue
Anestesiologia

Recursos Tecnológicos disponíveis em serviços de terceiros, instalados dentro ou fora da estrutura ambulatorio-hospitalar da Unidade. Neste caso, a referência deve ser devidamente formalizada de acordo com o que estabelece a Portaria SAS nº 494, de 26 de agosto de 1999:

Broncoscopia
Hemodinâmica
Angiografia
Ecocardiografia
Terapia Renal Substitutiva

2.2.3.3- Características Específicas- Unidades Hospitalares de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo III:

As Unidades de Referência de Tipo III são aquelas instaladas em hospitais gerais e que contam com recursos tecnológicos e humanos adequados para o atendimento das urgências/emergências de natureza clínica, cirúrgica e traumatológica. Estes hospitais devem, ainda, desempenhar atribuições de capacitação, aprimoramento e atualização dos recursos humanos envolvidos com as atividades meio e fim da atenção às urgências/emergências.

Além das características gerais relacionadas no item 2.1, são exigíveis para a classificação e cadastramento de Unidades de Referência de Tipo III as seguintes características específicas, devendo a Unidade dispor de:

2.2.3.3.1- Recursos Humanos

Além dos Recursos Humanos listados no item 2.1.1, a Unidade deve contar com:

Profissionais mínimos indispensáveis , presentes no hospital, capacitados para atendimento às urgências/emergências nas suas áreas específicas de atuação profissional:

Médico Clínico Geral
Pediatra
Ginecologista-Obstetra
Cirurgião Geral
Cirurgião Pediátrico
T r a u m a t o - O r t o p e d i s t a
Anestesiologista
Intensivista
Radiologista
Cardiologista
Neurologista
Odontólogo

Serviço de Suporte, Acompanhamento Clínico e Reabilitação: A Unidade deve contar com os serviços e profissionais nas seguintes áreas (dependendo do volume de atendimento, estes profissionais não precisam ser exclusivos da Unidade):

- Psicologia Clínica;
- Nutrição;
- Assistência Social;
- Fisioterapia;
- Terapia Ocupacional;
- Farmácia;
- Hemoterapia;

Outros Profissionais alcançáveis, identificados por especialidade e capacitados para o atendimento às urgências/emergências nas suas áreas específicas de atuação profissional:

Cirurgião Vascular
T o x i c o l o g i s t a
Oftalmologista
Hemodinamicista
Angiografista
Endoscopista Digestivo
Broncoscopista
Otorrinolaringologista
Cirurgião Bucomaxilofacial
Cirurgião Plástico
Psiquiatra
Cirurgião Torácico
N e u r o c i r u r g i ã o

2.2.3.3.2- Recursos Tecnológicos Os recursos tecnológicos mínimos e indispensáveis - propedêuticos e/ou terapêuticos para o atendimento das urgências/emergências especializados de que a Unidade deve dispor são os seguintes:

Existentes na própria estrutura do hospital:

Radiologia Convencional
Ultra-sonografia
Broncoscopista
Análises Clínicas Laboratoriais
Eletrocardiografia
Unidade de Terapia Intensiva de Tipo II ou III
Tomografia Computadorizada
Endoscopia
Banco de Sangue
Anestesiologia
Terapia Renal Substitutiva
N e u r o c i r u r g i a
Ecocardiografia

Recursos Tecnológicos disponíveis em serviços de terceiros, instalados dentro ou fora da estrutura ambulatorio-hospitalar da Unidade. Neste caso, a referência deve ser devidamente formalizada de acordo com o que estabelece a Portaria SAS nº 494, de 26 de agosto de 1999:

Hemodinâmica
Angiografia

TRANSFERÊNCIAS E TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR

1 - Considerações Gerais:

Dentro da perspectiva de estruturação de Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, com universalidade, atenção integral e equidade de acesso, de caráter regionalizado e hierarquizado, de acordo com as diretrizes do SUS, os serviços especializados e de maior complexidade deverão ser referência para um ou mais municípios de menor porte.

Assim, estes municípios menores devem se estruturar para acolher os pacientes acometidos por agravos de urgência, de caráter clínico, traumatológico, ginecoobstétrico e psiquiátrico, sejam estes adultos, crianças ou recém nascidos, realizar a avaliação e estabilização inicial destes e providenciar sua transferência para os serviços de referência loco regionais, seja para elucidação diagnóstica através de exames especializados, avaliação médica especializada ou internação.

As grades de referência loco regionais devem ser previamente pactuadas e as transferências deverão ser solicitadas ao médico regulador da Central de Regulação de Urgências, cujas competências técnicas e gestoras estão estabelecidas no Capítulo II deste Regulamento. Tais centrais poderão ter abrangência loco-regional, de acordo com os pactos de referência e mecanismos de financiamento estabelecidos pela NOASSUS/2002.

Nos casos em que as centrais reguladoras ainda não estejam estruturadas, as pactuações também deverão ser realizadas e os encaminhamentos deverão ser feitos mediante grade de assistência loco regional, com contato prévio com o serviço receptor.

No processo de planejamento e pactuação das transferências inter-hospitalares, deverá ser garantido o suporte de ambulâncias de transporte para o retorno dos pacientes que, fora da situação de urgência, ao receberem alta, não apresentem possibilidade de locomover-se através de outros meios, por restrições clínicas.

Pacientes que não tenham autonomia de locomoção por limitações sócioeconômicas e que, portanto, extrapolam o âmbito de atuação específico da saúde, deverão receber apoio, nos moldes estabelecidos por políticas intersetoriais loco regionais. Salienta-se que o planejamento do suporte a estes casos é de fundamental importância ao adequado funcionamento dos serviços de saúde, uma vez que os pacientes podem ocupar leitos hospitalares por períodos mais ou menos longos após terem recebido alta, por dificuldade de transporte de retorno a suas residências.

2 - Conceituação:

O transporte inter-hospitalar refere-se à transferência de pacientes entre unidades não hospitalares ou hospitalares de atendimento às urgências e emergências, unidades de diagnóstico, terapêutica ou outras unidades de saúde que funcionem como bases de estabilização para pacientes graves, de caráter público ou privado e tem como principais finalidades:

a - A transferência de pacientes de serviços de saúde de menor complexidade para serviços de referência de maior complexidade, seja para elucidação diagnóstica, internação clínica, cirúrgica ou em unidade de terapia intensiva, sempre que as condições locais de atendimento combinadas à avaliação clínica de cada paciente assim exigirem;

b - A transferência de pacientes de centros de referência de maior complexidade para unidades de menor complexidade, seja para elucidação diagnóstica, internação clínica, cirúrgica ou em unidade de terapia intensiva, seja em seus municípios de residência ou não, para conclusão do tratamento, sempre que a condição clínica do paciente e a estrutura da unidade de menor complexidade assim o permitirem, com o objetivo de agilizar a utilização dos recursos especializados na assistência aos pacientes mais graves e/ou complexos.

Este transporte poderá ser aéreo, aquaviário ou terrestre, de acordo com as condições geográficas de cada região, observando-se as distâncias e vias de acesso, como a existência de estradas, aeroportos, helipontos, portos e condições de navegação marítima ou fluvial, bem como a condição clínica de cada paciente, não esquecendo a observação do custo e disponibilidade de cada um desses meios. O transporte interhospitalar, em qualquer de suas modalidades, de acordo com a disponibilidade de recursos e a situação clínica do paciente a ser transportado, deve ser realizado em veículos adequados e equipados de acordo com o estabelecido no Capítulo IV deste Regulamento.

Transporte Aeromédico: O transporte aéreo poderá ser indicado, em aeronaves de asa rotativa, quando a gravidade do quadro clínico do paciente exigir uma intervenção rápida e as condições de trânsito tornem o transporte terrestre muito demorado, ou em aeronaves de asa fixa, para percorrer grandes distâncias em um intervalo de tempo aceitável, diante das condições clínicas do paciente. A operação deste tipo de transporte deve seguir as normas e legislações específicas vigentes, oriundas do Comando da Aeronáutica através do Departamento de Aviação Civil. Para efeito da atividade médica envolvida no atendimento e transporte aéreo de pacientes, conforme já definido no Capítulo IV deste Regulamento, considera-se que o serviço deve possuir um diretor médico com habilitação mínima compreendendo capacitação em emergência pré-hospitalar, noções básicas de fisiologia de voo e noções de aeronáutica, sendo recomendável habilitação em medicina aeroespacial. O serviço de transporte aeromédico deve estar integrado ao sistema de atendimento pré-hospitalar e à Central de Regulação Médica de Urgências da região e deve ser considerado sempre como modalidade de suporte avançado de vida.

- **Transporte Aquaviário:** este tipo de transporte poderá ser indicado em regiões onde o transporte terrestre esteja impossibilitado pela inexistência de estradas e/ou onde não haja transporte aeromédico, observando-se a adequação do tempo de transporte às necessidades clínicas e a gravidade do caso.

- **Transporte Terrestre:** este tipo de transporte poderá ser indicado para áreas urbanas, em cidades de pequeno, médio e grande porte, ou para as transferências inter municipais, onde as estradas permitam que essas unidades de transporte se desloquem com segurança e no intervalo de tempo desejável ao atendimento de cada caso.

3 - Diretrizes Técnicas:

3.1 - Responsabilidades/Atribuições do Serviço/Médico Solicitante

Ficam estabelecidas as seguintes responsabilidades/atribuições ao Serviço/Médico solicitante:

a - O médico responsável pelo paciente seja ele plantonista, diarista ou o médico assistente, deve realizar as solicitações de transferências à Central de Regulação e realizar contato prévio com o serviço potencialmente receptor;

b - Não remover paciente em risco iminente de vida, sem prévia e obrigatória avaliação e atendimento respiratório, hemodinâmico e outras medidas urgentes específicas para cada caso, estabilizando-o e preparando-o para o transporte;

c - Esgotar seus recursos antes de acionar a central de regulação ou outros serviços do sistema loco regional;

d - A decisão de transferir um paciente grave é estritamente médica e deve considerar os princípios básicos do transporte, quais

sejam: não agravar o estado do paciente, garantir sua estabilidade e garantir transporte com rapidez e segurança;

e - Informar ao médico regulador, de maneira clara e objetiva, as condições do paciente;

f - Elaborar documento de transferência que deve acompanhar o paciente durante o transporte e compor seu prontuário na unidade receptora, registrando informações relativas ao atendimento prestado na unidade solicitante, como diagnóstico de entrada, exames realizados e as condutas terapêuticas adotadas. Este documento deverá conter o nome e CRM legíveis, além da assinatura do solicitante;

g - Obter a autorização escrita do paciente ou seu responsável para a transferência. Poder-se-á prescindir desta autorização sempre que o paciente não esteja apto para fornecê-la e não esteja acompanhado de possível responsável;

h - A responsabilidade da assistência ao paciente transferido é do médico solicitante, até que o mesmo seja recebido pelo médico da unidade responsável pelo transporte, nos casos de transferência em viaturas de suporte avançado de vida ou até que o mesmo seja recebido pelo médico do serviço receptor, nos casos de transferência em viaturas de suporte básico de vida ou viaturas de transporte simples. O início da responsabilidade do médico da viatura de transporte ou do médico da unidade receptora não cessa a responsabilidade de indicação e avaliação do profissional da unidade solicitante;

i - Nos casos de transporte de pacientes em suporte básico de vida para unidades de apoio diagnóstico e terapêutico, para realização de exames ou tratamentos, se o paciente apresentar intercorrência de urgência, a responsabilidade pelo tratamento e estabilização é da unidade que está realizando o procedimento, que deverá estar apta para seu atendimento, no que diz respeito a medicamentos, equipamentos e recursos humanos capacitados;

j - Nos casos de transporte de pacientes críticos para realização de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos e, caso estes serviços situem-se em clínicas desvinculadas de unidades hospitalares, o suporte avançado de vida será garantido pela equipe da unidade de transporte;

k - Nos locais em que as Centrais de Regulação ainda não estejam estruturadas ou em pleno funcionamento, é vedado a todo e qualquer solicitante, seja ele público ou privado, remover pacientes sem contato prévio com a instituição/serviço potencialmente receptor;

l - Nos locais em que as Centrais de Regulação já estão em funcionamento, nenhum paciente poderá ser transferido sem contato prévio com a mesma ou contrariando sua determinação;

m - Nos casos de transferências realizadas pelo setor privado, o serviço ou empresa solicitante deverá se responsabilizar pelo transporte do paciente, bem como pela garantia de recepção do mesmo no serviço receptor, obedecendo as especificações técnicas estabelecidas neste Regulamento;

n - Nos casos de operadoras de planos privados de assistência à saúde, permanece em vigor a legislação própria a respeito deste tema, conforme Resolução CONSU nº 13, de 4 de novembro de 1998 e eventual regulamentação posterior a ser estabelecida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

3.2 - Responsabilidades/Atribuições da Central de Regulação/Médico Regulador

Além das estabelecidas no Capítulo II deste Regulamento, ficam definidas as seguintes responsabilidades/atribuições para a Central de Regulação/Médico Regulador:

a - O acionamento e acompanhamento da unidade e equipe de transporte, caso estes se localizem descentralizados em relação à estrutura física da central de regulação, como nos casos de transporte aeromédico, hidroviário ou terrestre, em que se opte por descentralizar viaturas e equipes para garantir maior agilidade na resposta. Nestes casos, a localização dos veículos e das equipes de saúde responsáveis pelo transporte deverá ser pactuada entre os gestores municipais da região de abrangência da central;

b - Utilizar o conceito de "vaga zero", definido no Capítulo II deste Regulamento também nos casos de regulações inter-hospitalares, quando a avaliação do estado clínico do paciente e da disponibilidade de recursos loco regionais o tornem imperativo.

3.3 - Responsabilidades/Atribuições da Equipe de Transporte Ficam estabelecidas as seguintes responsabilidades/atribuições à Equipe de Transporte:

a - Acatar a determinação do médico regulador quanto ao meio de transporte e tipo de ambulância que deverá ser utilizado para o transporte;

b - Informar ao médico regulador caso as condições clínicas do paciente no momento da recepção do mesmo para transporte não sejam condizentes com as informações que foram fornecidas ao médico regulador e repassadas por este à equipe de transporte;

c - No caso de transporte terrestre, deverão ser utilizadas as viaturas de transporte simples para os pacientes eletivos, em decúbito horizontal ou sentados, viaturas de suporte básico ou suporte avançado de vida, de acordo com o julgamento e determinação do médico regulador, a partir da avaliação criteriosa da história clínica, gravidade e risco de cada paciente, estando tais viaturas, seus equipamentos, medicamentos, tripulações e demais normas técnicas estabelecidas no presente Regulamento;

d - O transporte inter-hospitalar pediátrico e neonatal deverá obedecer às diretrizes estabelecidas neste Regulamento, sendo que as viaturas utilizadas para tal devem estar equipadas com incubadora de transporte e demais equipamentos necessários ao adequado atendimento neonatal e pediátrico;

e - Registrar todas as intercorrências do transporte no documento do paciente;

f - Passar o caso, bem como todas as informações e documentação do paciente, ao médico do serviço receptor;

g - Comunicar ao médico regulador o término do transporte;

h - Conduzir a ambulância e a equipe de volta à sua base.

3.4 - Responsabilidades/Atribuições do Serviço/Médico Receptor Ficam estabelecidas as seguintes responsabilidades/atribuições ao Serviço/Médico Receptor:

a - Garantir o acolhimento médico rápido e resolutivo às solicitações da central de regulação médica de urgências;

b - Informar imediatamente à Central de Regulação se os recursos diagnósticos ou terapêuticos da unidade atingirem seu limite máximo de atuação;

c - Acatar a determinação do médico regulador sobre o encaminhamento dos pacientes que necessitem de avaliação ou

qualquer outro recurso especializado existente na unidade, independente da existência de leitos vagos ou não – conceito de “vaga zero”;

d - Discutir questões técnicas especializadas sempre que o regulador ou médicos de unidades solicitantes de menor complexidade assim demandarem;

e - Preparar a unidade e sua equipe para o acolhimento rápido e eficaz dos pacientes graves;

f - Receber o paciente e sua documentação, dispensando a equipe de transporte, bem como a viatura e seus equipamentos o mais rápido possível;

g - Comunicar a Central de Regulação sempre que houver divergência entre os dados clínicos que foram comunicados quando da regulação e os observados na recepção do paciente.

CAPÍTULO VII

NÚCLEOS DE EDUCAÇÃO EM URGÊNCIAS

As urgências não se constituem em especialidade médica ou de enfermagem e nos cursos de graduação a atenção dada à área ainda é bastante insuficiente. No que diz respeito à capacitação, habilitação e educação continuada dos trabalhadores do setor, observa-se ainda a fragmentação e o baixo aproveitamento do processo educativo tradicional e a insuficiência dos conteúdos curriculares dos aparelhos formadores na qualificação de profissionais para as urgências, principalmente, em seu componente pré-hospitalar móvel. Também se constata a grande proliferação de cursos de iniciativa privada de capacitação de recursos humanos para a área, com grande diversidade de programas e conteúdos e cargas horárias, sem a adequada integração à realidade e às diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS.

Assim, considerando o ainda importante grau de desprofissionalização, falta de formação e educação continuada dos trabalhadores das urgências, resultando em comprometimento da qualidade na assistência e na gestão do setor; a necessidade de criar estruturas capazes de problematizar a realidade dos serviços e estabelecer o nexo entre trabalho e educação, de forma a resgatar o processo de capacitação e educação continuada para o desenvolvimento dos serviços e geração de impacto em saúde dentro de cada nível de atenção; a necessidade de estabelecimento de currículos mínimos de capacitação e habilitação para o atendimento às urgências, face aos inúmeros conteúdos programáticos e cargas horárias existentes no país e que não garantem a qualidade do aprendizado; o grande número de trabalhadores já atuando no setor e a necessidade de garantir-lhes habilitação formal, obrigatória e com renovação periódica para o exercício profissional e a intervenção nas urgências e ainda, considerando a escassez de docentes capazes de desenvolver um enfoque efetivamente problematizador na educação e a necessidade de capacitar instrutores e multiplicadores com certificação e capacitação pedagógica para atender a demanda existente é que este Regulamento Técnico propõe aos gestores do SUS a criação, organização e implantação de Núcleos de Educação em Urgências – NEU.

1 - Aspectos Gerais

1.1 - Definição:

Os Núcleos de Educação em Urgências devem se organizar como espaços de saber interinstitucional de formação, capacitação, habilitação e educação continuada de recursos humanos para as urgências, sob a administração de um conselho diretivo, coordenado pelo gestor público do SUS, tendo como integrantes as secretarias Estaduais e Municipais de saúde, hospitais e serviços de referência na área de urgência, escolas de bombeiros e polícias, instituições de ensino superior, de formação e capacitação de pessoal na área da saúde, escolas técnicas e outros setores que prestam socorro à população, de caráter público ou privado, de abrangência municipal, regional ou estadual.

1.2 - Princípios Norteadores

São princípios norteadores dos Núcleos de Educação em Urgências:

- a organicidade com o processo de formulação de políticas públicas para a atenção integral às urgências, buscando organizar o sistema regional de atenção às urgências a partir da qualificação assistencial com equidade;

- a promoção integral da saúde com o objetivo de reduzir a morbi-mortalidade regional, preservar e desenvolver a autonomia de indivíduos e coletividades, com base no uso inteligente das informações obtidas nos espaços de atendimento às urgências, considerados observatórios privilegiados da condição da saúde na sociedade;

- a educação continuada como estratégia permanente de acreditação dos serviços, articulada ao planejamento institucional e ao controle social;

- a transformação da realidade e seus determinantes, fundamentada na educação, no processamento de situações - problema, extraídas do espaço de trabalho e do campo social.

1.3 - Objetivos Estratégicos

São objetivos estratégicos dos Núcleos de Educação em Urgências:

- Constituírem-se em núcleos de excelência regional, estadual e nacional, para a formação de profissionais de saúde a serem inseridos na atenção às urgências;

- Elaborar, implantar e implementar uma política pública, buscando construir um padrão nacional de qualidade de recursos humanos, instrumentalizada a partir de uma rede de núcleos regionais, os quais articulados entre si poderão incorporar paulatinamente critérios de atenção e profissionalização às urgências;

- Buscar a nucleação pública dos recursos educativos em saúde;

- Articular, processar e congregar as dificuldades e necessidades das instituições membro para alcançarem as suas metas, a fim de constituir Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência;

- Ser espaço interinstitucional combinando conhecimentos e meios materiais que permitam abarcar a dimensão qualitativa e quantitativa das demandas de educação em urgências, potencializando as capacidades e respondendo ao conjunto de demandas inerentes a um sistema organizado de atenção;

- Ser estratégia pública privilegiada para a transformação da qualificação da assistência às urgências, visando impactos objetivos em saúde populacional;

- Constituir os meios materiais (área física e equipamentos) e organizar corpo qualificado de instrutores e multiplicadores, que

terão como missão, entre outras, produzir os materiais didáticos em permanente atualização e adaptação às necessidades das políticas públicas de saúde e dos serviços / trabalhadores da saúde;

1.4- Objetivos Operacionais

São objetivos operacionais dos Núcleos de Educação em Urgências: - Promover programas de formação e educação continuada na forma de treinamento em serviço a fim de atender ao conjunto de necessidades diagnosticado em cada região, fundamentando o modelo pedagógico na problematização de situações; - Capacitar os recursos humanos envolvidos em todas as dimensões da atenção regional, ou seja, atenção pré-hospitalar - unidades básicas de saúde, unidades de saúde da família, pré-hospitalar móvel, unidades não hospitalares de atendimento às urgências e emergências e ambulatorios de especialidades; atenção hospitalar e atenção pós-hospitalar - internação domiciliar e serviços de reabilitação, sob a ótica da promoção da saúde; - Estimular a criação de equipes multiplicadoras em cada região, que possam implementar a educação continuada nos serviços de urgência; - Congregar os profissionais com experiência prática em urgência, potencializando sua capacidade educacional; - Desenvolver e aprimorar de forma participativa e sustentada as políticas públicas voltadas para a área da urgência; - Certificar anualmente e re-certificar a cada dois anos os profissionais atuantes nos diversos setores relativos ao atendimento das urgências;

Propor parâmetros para a progressão funcional dos trabalhadores em urgências, vinculados ao cumprimento das exigências mínimas de capacitação, bem como à adesão às atividades de educação continuada.

2 - Grades de Temas, Conteúdos, Habilidades, Cargas Horárias Mínimas para a Habilitação e Certificação dos Profissionais da Área de Atendimento às Urgências e Emergências:

Como já foi abordado, há uma premente necessidade de estabelecimento de currículos mínimos de capacitação e habilitação para o atendimento às urgências. Isto decorre do fato de que os inúmeros conteúdos programáticos e cargas horárias existentes no país não garantem a qualidade do aprendizado. Assim, o presente Regulamento propõe temas, conteúdos, habilidades e cargas horárias mínimas a serem desenvolvidos pelos Núcleos de Educação em Urgências e considerados necessários para a certificação inicial de todos os profissionais que já atuam ou que venham a atuar no atendimento às urgência e emergências, seja ele de caráter público ou privado.

2.1 – Profissionais do Atendimento Pré-Hospitalar Móvel

A - Profissionais Não Oriundos da Área da Saúde A-1 - Profissionais da Área de Segurança, Bombeiros e Condutores de Veículos de Urgência do Tipo B, C e D:

TEMAS	CONTEÚDO		HABILIDADES	CARGA HORÁRIA (CH)
1. Introdução	Programa e atividade integração. Pré e Pós-teste.	Trabalho em equipe		01 T
TEMAS	CONTEÚDO	HABILIDADES	Carga Horária (CH)	
1. Introdução	Programa e atividade de integração Pré e Pós-teste.	Trabalho em equipe	01 T (Teórica)	
2. Sistema de saúde local e serviços relacionados.	Apresentação da rede hierarquizada dos serviços de saúde.	Conhecer a organização do sistema de saúde local de acordo com a hierarquia dos serviços	01 T	
3. Serviço Pré Hospitalar Móvel	Histórico do serviço pré-hospitalar móvel. Perfil profissional; Apresentação do serviço de atendimento pré-hospitalar (APH) móvel de sua cidade Apresentação da Portaria GM/MS nº 2048 de 5 de novembro de 2002 - Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência Conceitos de ética médica ligada ao APH	Trabalho em equipe Conhecer os conceitos da Portaria e as competências dos profissionais da área de segurança, bombeiros.	02 T	
4. Central de Regulação e Equipamentos	Manejo de equipamentos da central de urgência (rádios), veículos e materiais utilizados no APH móvel, rotinas operacionais.	Manuseio do sistema de rádio e técnicas de comunicação.	01 T	
5. Anatomia e Fisiologia	Anatomia topográfica: regiões anatômicas e noções gerais de anatomia topográfica. Aparelhos e sistemas: anatomia e fisiologia dos aparelhos e sistemas do corpo humano: em especial esquelético, cardíaco, respiratório.	Conhecimento das principais divisões anatômicas, regiões anatômicas, e noções de anatomia topográfica. Conhecimento dos aspectos morfológicos e fisiológicos dos diversos aparelhos para formulação de correlação anátomo-clínica.	08 T 02 P (Prática)	
6. Cinemática do Trauma	Exame da cena e mecanismos de lesões.	Conhecer a importância do exame da cena do acidente para identificar sinais de gravidade. Saber correlacionar a cenas com os mecanismos de lesões.	03 T	
7. Abordagem do paciente.	Abordagem Primária e secundária de uma Vítima; técnicas relativas à avaliação de sinais vitais de vítimas: pressão arterial, frequência respiratória e de pulso, temperatura e outros. Escala de coma de Glasgow e escala de trauma revisado ou escala de trauma utilizada pelo serviço local	Realizar a abordagem primária e secundária para reconhecer sinais de gravidade em situações que ameaçam a vida de forma imediata e as lesões dos diversos segmentos. Saber utilizar a escala de Glasgow e de trauma.	08 T 12 P	

a. Manejo de Vias Aéreas/Ressuscitação Cardiopulmonar	Obstrução de Vias Aéreas. Desobstrução de Vias Aéreas. Sinais e Sintomas de parada respiratória e cardíaca. Técnicas de reanimação cardiopulmonar em adulto e criança.		06 T 18 P
	Materiais e equipamentos utilizados em parada cardio respiratória. Materiais e Equipamentos utilizados em oxigênio terapia.		
b. Biossegurança	Conhecer as principais doenças transmissíveis Conhecer normas de biossegurança, materiais e métodos de controle de infecções.	Reconhecer e manejar obstrução de vias aéreas; Realizar oxigênio terapia. Conhecer equipamentos utilizados em parada cardiorespiratória Estar habilitado para técnicas de RCP Utilizar técnicas e métodos de controle de infecções.	02 T
8. Ferimentos / hemorragia / Bandagem / Choque	Tipos de ferimentos; hemorragia; choque, principalmente choque hipovolêmico; Curativos e Bandagens; Técnicas de Suporte Básico de Vida para o tratamento do choque hipovolêmico	Reconhecer os diversos tipos de ferimentos, hemorragias, choque hipovolêmico; Possuir habilidades psicomotoras relativas às aplicações de técnicas de curativos e bandagens com controle de hemorragias e suporte básico nos casos de choque hipovolêmico.	04 T 06 P
9. Trauma músculo-esquelético e imobilizações	Trauma Músculo Esqueléticos e seus sinais e sintomas. Técnicas relativas à imobilização de extremidades lesadas. Materiais e equipamentos utilizados para a imobilização de extremidades lesadas.	Reconhecer os diversos tipos de trauma músculo-esquelético Executar técnicas de imobilização de extremidades lesadas com equipamentos adequados.	02 T 10 P
10. Traumatismos específicos	Traumatismo Cranioencefálico Traumatismo Raquimedular Trauma Torácico e Abdominal Trauma de Face	Conhecer as peculiaridades e prestar o atendimento inicial nos di-versos traumatismos específicos	12 T
	Trauma na Criança e na Gestante Agravos por eletricidade Queimaduras		
11. Remoção de vítima	Materiais e equipamentos utilizados para a remoção de vítimas de acidentes. Técnicas de remoção de vítimas de acidentes: rolamento, elevações, retirada de veículos, transporte com ou sem a utilização de materiais e equipamentos. Técnicas relativas à remoção de vítimas de acidentes aquáticos e em altura com especial cuidado à coluna vertebral.	Saber utilizar materiais e equipamentos para remoção de vítimas de acidentes nas diversas situações encontradas.	04 T 30 P
12. Assistência ao Parto e Cuidados com o Recém Nascido	Trabalho de Parto - período expulso Cuidado com o Recém-Nascido	Possuir habilidades psicomotoras relativas ao atendimento ao parto normal e cuidados com o recém-nascido	04 T
13. Intervenção em crises e atendimentos de pacientes especiais	Reconhecimento e Intervenção em situação de crise	Conhecer as peculiaridades e prestar o atendimento inicial nessas situações	02 T
14. Afogamento	Fisiologia e técnicas de abordagem. Peculiaridades no atendimento	Conhecer as peculiaridades e prestar o atendimento inicial.	02 T
15. Intoxicação Exógena	Reconhecimento e peculiaridades no atendimento inicial.	Conhecer as peculiaridades e prestar o atendimento inicial.	02 T
16. Emergências Clínicas	Peculiaridades e Atendimento inicial de emergências clínicas mais frequentes	Conhecer as peculiaridades e prestar o atendimento inicial	06 T
17. Acidentes com múltiplas Vítimas e Catástrofes	Conceito Princípios de Controle da Cena Triagem, tratamento e transporte.	Saber manejar situações de acidentes com múltiplas vítimas.	02 T 02 P
18. Acidentes com produtos perigosos	Conceitos/Legislação Princípios de atendimento	Prestar o atendimento inicial de maneira adequada garantindo a segurança da equipe e das vítimas	02 T
19. Estágios hospitalares	Rotinas de atendimento de pronto socorro; maternidade.	Conhecer fluxo de atendimento dos hospitais da rede hierarquizada bem como presenciar atendimento das emergências.	12 P
20. Estágios em Ambulâncias	Vivência prática de atendimento	Familiarização com a rotina de serviço e participar de atendimento de vítimas em situações reais	24 P
21. *Avaliação teórica e pratica do curso	Provas escritas e práticas de avaliação de conhecimento	Demonstrar conhecimentos adquiridos	04 T 06 P

22. Salvamento** MODULO COMPLEM E N T A R	Conceitos e técnicas de: Salvamento terrestre; Salvamento em alturas; Salvamento aquático; Materiais e equipamentos	Conhecimento e habilidade psicomotora para realização de salvamento terrestre, aquático e em alturas	10 T 20 P
TO T A L			200 H

Número de horas para avaliação a serem distribuídas durante o Curso.

**Módulo específico para profissionais da área de Segurança ou Motoristas de Viaturas de Tipo B, C e D.

A - 2 – Condutor de Veículos de Urgência do Tipo A

TEMA	CONTEÚDO	HABILIDADES	CH
1. Introdução	Apresentação do programa e atividade de integração	Responder a aplicação do pré e pós-teste de conhecimento escrito e individual Participar das atividades de Grupos.	01 T (Teórica)
2. Geografia e estrutura urbana da cidade	Apresentação da geografia e estrutura urbana da cidade	Identificar ruas/logradouros/ bairros da cidade Identificar a localização dos serviços de saúde da cidade Identificar as portas de entrada dos serviços de urgência hospitalares e não hospitalares Identificar endereços e regiões de difícil acesso	03 T 10 P (Prática)
3. Sistema de saúde e rede hierarquizada de assistência	Apresentação do Sistema de saúde local e serviços relacionados com a saúde	Reconhecer as funções de cada serviço de acordo com sua hierarquia. Identificar a localização dos serviços de saúde da cidade Identificar serviços em locais de difícil acesso. Dominar a geografia da região para viabilizar rotas alternativas	2T
4. Serviço de atendimento pré-hospitalar móvel (APH móvel)	Apresentação da Portaria GM/MS nº 2048, de 5 de novembro de 2002 - Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência	Dominar os conceitos da Portaria, a regulação médica das urgências e os fluxos da central de regulação. Identificar as funções do condutor de veículos de urgência. Dominar o funcionamento e organização do APH móvel de sua cidade	2T
5. Papel do condutor de veículos de urgência	Manejo de equipamentos da central de regulação de urgências	Estabelecer contato com a central de regulação de urgências. Operar o sistema de radio comunicação para contato com a central. Dominar o uso de códigos de rádio, conforme protocolos do serviço.	2T 10 P
		Descrever a cena das ocorrências, identificando sinais de risco. Identificar necessidade de articular outros serviços para atendimento na cena da ocorrência e comunicar à central Auxiliar a equipe de saúde nos gestos básicos de suporte à vida Auxiliar a equipe nas imobilizações e transporte de vítimas	
6. Suporte básico de vida	Realização de medidas de suporte básico de vida	Identificar todos os tipos de materiais existentes nos veículos de socorro e sua utilidade, a fim de auxiliar a equipe de saúde	04 T 16 P
		Realizar medidas reanimação cardiorespiratória básica Identificar sinais de gravidade em situações de urgência traumática, clínica, obstétrica, psiquiátrica Aplicar conhecimentos para abordagem de pacientes graves em urgência clínica, traumática, psiquiátrica, pediátrica, obstétrica	
7. Direção defensiva	Técnicas de Direção Defensiva	Aplicar técnicas de direção defensiva. Utilizar sinais sonoros e luminosos nas situações de urgência. Viabilizar a sinalização e segurança da cena.	02 T 08 P
8. Acidentes com produtos perigosos	Noções sobre acidentes com produtos perigosos	Dominar a legislação do transporte de perigosas. Aplicar técnicas de abordagem de veículos com produtos perigosos.	02T 02P
		Aplicar normas de segurança na exposição a produtos perigosos. Auxiliar na organização da cena em situações de acidentes com cargas perigosas	
TO T A L			64 H

TEMAS	CONTEÚDOS	HABILIDADES	CH
1. Introdução	Apresentação do programa e atividade de integração	Dominar o programa a ser desenvolvido. Responder a aplicação de pré-teste e pós-teste de conhecimento. Participar do desenvolvimento de técnicas de grupos. Dominar a localização de ruas/logradouros da cidade.	06 T (Teórica) 08 P (Prática)
2. Geografia e estrutura urbana da cidade	Conhecimento da geografia e estrutura urbana da cidade	Identificar as regiões dos chamados e associar com os endereços das solicitações. Conhecer endereços dos serviços de saúde da cidade	
3. Sistema de Saúde e Re-de hierarquizada de assistência	Apresentação do Sistema de saúde local e serviços relacionados com a saúde	Conhecer a organização do sistema de saúde local de acordo com a hierarquia dos serviços: rede básica, rede de urgência, considerando as portas de entrada hospitalares e não hospitalares. Saber qual a estrutura e missão de cada serviço. Conhecer horários de funcionamento dos serviços e capacidade instalada	02 T 08 P
4. Serviço de atendimento pré-hospitalar móvel	Apresentação do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel (APH móvel)	Conhecer o conteúdo da Portaria GM/MS de __ de outubro de 2002 e compreender seus conceitos. Compreender o papel do médico regulador de urgência e os fluxos da central de regulação. Conhecer as funções do telefonista auxiliar de regulação médica e do rádio operador.	08 T 10 P
5. Papel da telefonista auxiliar de regulação e do rádio operador	Funções da telefonista auxiliar de regulação médica e do rádio operador	Acolher as chamadas telefônicas de acordo com a rotina preconizada pela instituição. Operar o sistema de rádio da central, estabelecendo o contato com todos os meios integrados à central.	04 T 10 P
		Reconhecer palavras-chaves na regulação. Responder às situações que independem da resposta médica, de acordo com os protocolos do serviço. Estabelecer o contato com as equipes das unidades móveis no despacho das missões.	
		Monitorar o deslocamento dos veículos de urgência e estabelecer o controle operacional sobre a frota. Realizar os registros pertinentes de acordo com a rotina do serviço.	
		Manejar os equipamentos de telefonia para comunicação com os usuários e os serviços, de acordo com a rotina da instituição. Manejar os equipamentos de rádio comunicação, através do uso de códigos conforme rotina preconizada pela instituição.	
		Manejar equipamentos de informática, se houver, de acordo com a rotina do serviço.	
TO T A L			56 H

RECOMENDAÇÃO DE ATIVIDADES PRÁTICAS

- Permanência na sala de regulação de urgência na condição de observador (no acolhimento das chamadas, na operação dos rádios e telefones)

- Realização de visitas para reconhecer a geografia da cidade e distribuição dos serviços de saúde: conhecer minimamente as regiões da cidade; conhecer, pelo menos, um serviço de atenção básica de cada região; conhecer a localização dos serviços de urgência (hospitalares e não hospitalares); conhecer locais de difícil acesso na cidade (endereços irregulares, não localizáveis no mapa oficial da cidade)

- Operação do sistema de telefones da central de urgência: acolhimento das chamadas, preenchimento de impressos e/ou manejo dos equipamentos de informática (se houver), transmissão dos chamados ao médico regulador, comunicação com os serviços e equipes de APH

- Operação do sistema de rádio da central de urgência: comunicação com as equipes, despacho dos meios móveis, controle do deslocamento dos meios móveis, uso dos códigos para comunicação

B - Profissionais Oriundos da Área da Saúde

B-1-Auxiliares e Técnicos de Enfermagem

TEMA	CONTEÚDOS	HABILIDADES	CH
1. Sistema de saúde e re-de hierarquizada de assistência	Apresentação do sistema de saúde local e serviços relacionados com a saúde	Conhecer a organização do sistema de saúde local de acordo com a hierarquia dos serviços: rede básica, rede de urgência, considerando as portas hospitalares e não hospitalares	05 T (Teórica)
	Serviço de atendimento pré-hospitalar (APH) móvel	Conhecer o funcionamento do serviço de APH móvel de sua cidade	
	Apresentação da Portaria GM/MS nº 2048, de 5 de novembro de 2002 - Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência	Dominar os conceitos da Portaria e as competências do auxiliar de enfermagem e do técnico de enfermagem no APH móvel	
	Apresentação das rotinas, fluxos e protocolos do serviço, do sistema de saúde e das estruturas de comunicação	Estar habilitado para fluxos e rotinas operacionais do serviço: relação com os serviços de saúde, comunicação através do sistema de rádio, uso de códigos, adoção de protocolos de serviço.	
2. Urgências clínicas no paciente adulto	Sofrimento respiratório agudo.	Reconhecer sinais de disfunção respiratória na cena da ocorrência nas patologias mais prevalentes: crise asmática, DBPOC, Infecções respiratórias, quadros de obstrução por corpo estranho, edema agudo de pulmão.	04 T 12 P (Prática)
		Descrever ao médico regulador os sinais observados nos pacientes em atendimento, Aferir sinais vitais: frequência cardíaca, respiratória, tensão arterial, temperatura, saturação, controle de glicemia Adotar medidas para controle da disfunção respiratória grave, de acordo com as orientações do médico regulador	
		Ser capaz de iniciar medidas de reanimação de suporte básico, enquanto aguarda medicalização do atendimento. Manejar os equipamentos de suporte ventilatório básico.	
		Executar procedimentos de enfermagem, dentro dos limites de sua função, de acordo com a prescrição médica à distância (quando equipe de suporte básico) ou na presença do médico intervencionista	
	Doenças circulatórias agudas	Reconhecer sinais de doenças circulatórias aguda: infarto agudo do miocárdio, angina instável, arritmias, AVC, quadros isquêmicos e edema agudo de pulmão. Descrever ao médico regulador os sinais observados nos pacientes em atendimento	04 T 08 P
		Adotar medidas para controle e tratamento inicial dos agravos circulatórios agudos, de acordo com as orientações do médico regulador Estar habilitado para realização de monitorização cardíaca e eletrocardiográfica	
		Realizar manobras de reanimação cardiorespiratória básica, enquanto aguarda medicalização do atendimento Conhecer todos equipamentos necessários para manejo de pacientes em situações de urgência circulatória e saber manejá-los	
	Doenças metabólicas	Reconhecer sinais de agravos metabólicos agudos tais como: diabete descompensado, coma hipoglicêmico, coma hiperosmolar e outros Descrever ao médico regulador os sinais observados nos pacientes em atendimento	02 T 01 P

		Adotar medidas para controle e tratamento inicial, dos agravos circulatórios agudos, de acordo com as orientações do médico regulador na central ou da presença do médico intervencionista na cena da ocorrência	
		Dominar técnicas de aferição da glicemia, administração de medicamentos e infusões, dentro dos limites de sua função	
	Intoxicações exógenas	Reconhecer sinais de intoxicação exógena na cena da ocorrência Descrever ao médico regulador os sinais observados nos pacientes em atendimento Adotar medidas para controle e tratamento inicial dos quadros de intoxicação exógena, de acordo com as orientações do médico regulador	
3. Urgências clínicas na criança	Sofrimento respiratório agudo	Reconhecer sinais de disfunção respiratória quando na cena da ocorrência nas patologias mais prevalentes: mal asmático, obstrução por corpo estranho, faringites, epiglotites e descrevê-los ao médico regulador na central de regulação	04 T 06 P
		Adotar medidas para controle da disfunção respiratória grave, de acordo com as orientações do médico regulador Manejar os equipamentos de suporte ventilatório básico.	
4. Urgências traumáticas no paciente adulto e na criança	Atendimento inicial do traumatizado grave TRM TCE Trauma torácico Trauma abdominal	Reconhecer sinais de gravidade na vítima traumatizada grave: sinais de disfunção ventilatória, respiratória e circulatória. Descrever ao médico regulador os sinais observados nos pacientes traumatizados em atendimento, através da observação na cena dos acidentes	12 T 40 P
	Trauma de extremidades Choque e hemorragias Trauma de face Queimaduras Quase afogamento	Ser capaz de avaliar o traumatizado grave e prestar o atendimento inicial nas medidas de suporte básico à vida Adotar medidas no manejo do trauma raquimedular, trauma cranioencefálico, trauma torácico, trauma abdominal, trauma de extremidades, trauma em face, controle de choques e hemorragias, trauma na gestante, queimaduras,	
	Trauma na gestante Lesões por eletricidade Acidentes com múltiplas vítimas Acidentes com produtos perigosos	quase afogamento, lesões por eletricidade, acidentes com múltiplas vítimas e acidentes com produtos perigosos. Reconhecer os riscos na cena dos acidentes e transmiti-los à central de regulação, para que sejam ativados os demais serviços necessários nas cenas das ocorrências.	
5. Urgências psiquiátricas	Psicoses Tentativa de suicídio Depressões Síndromes cerebrais orgânicas	Reconhecer sinais de gravidade das patologias psiquiátricas em situações de urgência na cena das ocorrências. Descrever ao médico regulador os sinais observados nos pacientes em atendimento.	02 T 04 P
		Reconhecer necessidade de acionar outros atores no atendimento às urgências psiquiátricas, quando implicar a segurança das equipes de APH (vítimas agressivas em situações de risco para si e para os outros) Adotar medidas no manejo dos pacientes agressivos, psicóticos e suicidas.	

6. Urgências obstétricas	Trabalho de parto normal Apresentações distócicas Hipertensão na gestante e suas complicações Hemorragias Abortamento Cesárea pós-morte	Reconhecer sinais de trabalho de parto normal, parto distócico e todas as complicações obstétricas na cena da ocorrência Descrever ao médico regulador os sinais observados nas pacientes em atendimento Estar habilitado para auxiliar no atendimento à gestante em trabalho de parto normal	02 T 04 P
		Estar habilitado para prestar o atendimento ao RN normal e prematuro Manejar os equipamentos necessários para suporte ventilatório ao RN	
7. Materiais e equipamentos do serviço pré-hospitalar móvel	Controle e conservação de materiais e equipamentos de suporte ventilatório, circulatório, aferição de sinais vitais, materiais para imobilização e transporte	Dominar o funcionamento de todos materiais e equipamentos para o APH Dominar as técnicas de desinfecção e esterilização dos materiais e equipamentos Aplicar as rotinas e protocolos de serviço para o uso dos equipamentos e materiais	08 P
8. Estágios em Ambulâncias	Vivência prática de atendimento	Familiarização com a rotina de serviço e participar de atendimento de vítimas em situações reais	24 P
9. *Avaliação teórica e prática do curso	Provas escritas e práticas de avaliação de conhecimento	Demonstrar conhecimentos adquiridos	04 T 06 P
10. Salvamento** MODULO COMPLETO E N T A R	Conceitos e técnicas de: Salvamento terrestre; Salvamento em alturas; Salvamento aquático; Materiais e equipamentos	Conhecimento e habilidade psicomotora para realização de salvamento terrestre, aquático e em alturas	10 T 20 P
TOTAL			154 H

* Número de horas para avaliação a serem distribuídas durante o Curso.

**Módulo específico para profissionais de saúde que atuam com atividades de salvamento.

B - 2 - Enfermeiros

TEMA	CONTEÚDOS	HABILIDADES	C H
1. Sistema de saúde e rede hierarquizada de assistência	Apresentação do sistema de saúde local e serviços relacionados com a saúde	Conhecer a organização do sistema de saúde local de acordo com a hierarquia dos serviços: rede básica, rede de urgência, considerando as portas hospitalares e não hospitalares.	05 T (Teórica)
	Serviço de atendimento pré-hospitalar (APH) móvel Apresentação da Portaria GM/MS nº 2048, de 5 de novembro de 2002 - Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência	Conhecer o funcionamento do serviço de APH móvel de sua cidade Dominar os conceitos da Portaria e as competências do enfermeiro no APH móvel	
	Apresentação das rotinas, fluxos e protocolos do serviço, do sistema de saúde e das estruturas de comunicação	Estar habilitado para fluxos e rotinas operacionais do serviço: relação com os serviços de saúde, comunicação através do sistema de rádio, uso de códigos, adoção de protocolos de serviço	
	Sofrimento respiratório agudo	Reconhecer sinais de disfunção respiratória na cena da ocorrência nas patologias mais prevalentes: crise asmática, DPOC, Infecções respiratórias, quadros de obstrução por corpo estranho, edema agudo de pulmão Descrever ao médico regulador os sinais observados nos pacientes em atendimento	04 T 08 P (Prática)
		Adotar medidas para controle da disfunção respiratória grave, de acordo com as orientações do médico regulador Ser capaz de iniciar medidas de reanimação de suporte básico, enquanto aguarda medicalização do atendimento Manejar os equipamentos de suporte ventilatório básico e avançado	
		Executar procedimentos de enfermagem de acordo com a prescrição médica à distância ou na presença do médico intervencionista	

2. Urgências clínicas no paciente adulto	Doenças circulatórias	Reconhecer sinais de doença circulatória aguda: infarto agudo do miocárdio, angina instável, arritmias, AVC, quadros isquêmicos e edema agudo de pulmão Descrever ao médico regulador os sinais observados nos pacientes em atendimento	04 T 08 P
		Adotar medidas para controle e tratamento inicial dos agravos circulatórios agudos, de acordo com as orientações do médico regulador Estar habilitado para realização de monitorização cardíaca e eletrocardiográfica	
		Realizar manobras de reanimação cardiorespiratória básica, enquanto aguarda medicalização do atendimento Conhecer todos equipamentos necessários para manejo de pacientes em situações de urgência circulatória e saber manejá-los	
	Doenças metabólicas	Reconhecer sinais de doença metabólica na cena da ocorrência tais como: diabete descompensado, coma hipoglicêmico, coma hiperosmolar e outros Descrever ao médico regulador os sinais observados nos pacientes em atendimento	02 T 02 P
		Adotar medidas para controle e tratamento inicial dos agravos metabólicos agudos Dominar técnicas no manejo do paciente com sinais de agravos de doença metabólica	
	Intoxicações exógenas	Reconhecer sinais de intoxicação exógena na cena da ocorrência Descrever ao médico regulador os sinais observados nos pacientes em atendimento Adotar medidas para controle e tratamento inicial dos quadros de intoxicação exógena, de acordo com as orientações do médico regulador	02 T 02 P
		Realizar os procedimentos de enfermagem nos atendimentos dos casos de intoxicação exógena	
3. Urgências clínicas na criança	Sofrimento respiratório agudo	Reconhecer sinais de disfunção respiratória quando na cena da ocorrência nas patologias mais prevalentes: mal asmático, obstrução por corpo estranho, faringites, epiglottites Reconhecer sinais de gravidade e descrevê-los ao médico regulador da central de regulação	04 T 04 P
		Adotar medidas para controle da disfunção respiratória grave Manejar os equipamentos de suporte ventilatório básico e avançado	
4. Urgências traumáticas no paciente adulto e na criança	Atendimento inicial do paciente politraumatizado TRM TCE Trauma torácico Trauma abdominal	Reconhecer sinais de gravidade na vítima traumatizada grave: sinais de disfunção ventilatória, respiratória e circulatória Ser capaz de avaliar o traumatizado grave e prestar o atendimento inicial nas medidas de suporte básico à vida	10 T 26 P
	Trauma de extremidades Choque e hemorragias Trauma de face Queimaduras Quase afogamento	Descrever ao médico regulador os sinais observados nos pacientes traumatizados em atendimento Auxiliar o médico intervencionista nos cuidados de suporte avançado à vida Adotar medidas no manejo do trauma raquimedular, trauma craniocéfálico, trauma torácico, controle de choques e	
	Trauma na gestante Lesões por eletricidade Acidentes com múltiplas vítimas Acidentes com produtos perigosos	hemorragias, queimaduras, quase afogamento, lesões por eletricidade, acidentes com múltiplas vítimas e acidentes com produtos perigosos Estar habilitado para todas as técnicas no manejo do paciente traumatizado grave	

		Reconhecer os riscos na cena dos acidentes e transmiti-los à central de regulação, para que sejam ativados os demais serviços necessários nas cenas dos eventos	
5. Urgências psiquiátricas	Psicoses Tentativa de suicídio Depressões Síndromes cerebrais orgânicas	Reconhecer sinais de gravidade das patologias psiquiátricas em situações de urgência na cena das ocorrências Descrever ao médico regulador os sinais observados nos pacientes	02 T 02 P
		Reconhecer necessidade de acionar outros atores no atendimento às urgências psiquiátricas, quando implicar a segurança das equipes de APH (vítimas agressivas em situações de risco para si e para os outros) Adotar medidas no manejo dos pacientes agressivos, psicóticos e suicidas.	
6. Urgências obstétricas	Trabalho de parto normal Apresentações distócicas Hipertensão na gestante e suas complicações Hemorragias Abortamento Cesárea pós-mortem	Reconhecer sinais de trabalho de parto normal, parto distócico e todas as complicações obstétricas na cena da ocorrência Descrever ao médico regulador os sinais observados nas pacientes Estar habilitado para prestar o atendimento à gestante em trabalho de parto normal	02 T 04 P
		Estar habilitado para prestar o atendimento ao RN normal e prematuro Manejar os equipamentos necessários para suporte ventilatório ao RN Manejar equipamentos para transporte de RN de risco (incubadora de transporte)	
7. Materiais e equipamentos do serviço pré-hospitalar móvel	Controle e conservação de materiais e equipamentos de suporte ventilatório, circulatório, aferição de sinais vitais, materiais para imobilização e transporte	Dominar o funcionamento de todos materiais e equipamentos para o APH Dominar as técnicas de desinfecção e esterilização dos materiais e equipamentos	08 T
		Realizar a gestão dos materiais e equipamentos utilizados no APH Definir rotinas e protocolos de serviço para o uso dos equipamentos e materiais Capacitar a equipe de enfermagem e demais profissionais do APH para manuseio de materiais e equipamentos, rotina de desinfecção de materiais, equipamentos e de veículos	
8. *Avaliação teórica	Provas escritas e práticas de avaliação de conhecimento	Demonstrar conhecimentos adquiridos	07 T
9. Estágio em Ambulância	Vivência prática de atendimento	Familiarização com a rotina de serviço e participar de atendimento de vítimas em situações reais	24 P
10. Salvamento** MÓDULO COMPLETO E NTA R	Conceitos e técnicas de: Salvamento terrestre; Salvamento em alturas; Salvamento aquático; Materiais e equipamentos	Conhecimento e habilidade psicomotora para realização de salvamento terrestre, aquático e em alturas	10 T 20 P
TO TAL			130 H

* Número de horas para avaliação a serem distribuídas durante o Curso

. **Módulo específico para profissionais de saúde que atuem com atividades de salvamento.

B - 3 - Médicos

TEMA	CONTEÚDOS	HABILIDADES	CH
1. Sistema de saúde, atenção integral às	Apresentação do Sistema Único de Saúde - SUS.	Ter noções dos antecedentes e características do movimento de Reforma Sanitária do país. Conhecer os Princípios e Diretrizes do SUS, suas Leis Orgânicas, Normas Operacionais Básicas e Norma Operacional da Assistência.	01 T (Teórica)
	Apresentação da Portaria GM/MS 2048 de 5 de novembro de 2002 - Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência	Dominar os conceitos da Portaria em relação à rede de atenção integral às urgências, bem como as competências do médico regulador.	01 T

urgências e rede hierarquizada de assistência loco-regional.	Apresentação do sistema de saúde local e serviços relacionados com a saúde, Perfil profissional	Conhecer a organização do sistema de saúde local de acordo com a hierarquia dos serviços: rede básica, rede de urgência, considerando as portas hospitalares e não hospitalares. Conhecer a estrutura e missão de cada serviço de saúde local.	03 T
		Conhecer horários de funcionamento dos serviços e capacidade instalada	
	Serviço de atendimento pré-hospitalar (APH) móvel.	Conhecer o serviço e/ou a proposta de funcionamento do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel de sua cidade/região.	
2. Regulação Médica das Urgências	Histórico Bases Teóricas e Éticas Nosologia e avaliação de risco Etapas da Regulação Protocolos	Conhecer os antecedentes históricos da regulação médica das Urgências. Conhecer as bases éticas da regulação médica das urgências.	10 T 05 P
		Dominar a nosologia da regulação médica das urgências e estar habilitado para a correta avaliação do risco de cada solicitação. Estar apto a cumprir toda as etapas do processo de regulação seja de casos primários, seja de secundários.	
		Conhecer os protocolos de regulação de urgência e exercer as técnicas de regulação médica	
3. Acidentes com múltiplas Vítimas e Catástrofes	Conceito Princípios de Controle da Cena Triagem, tratamento e transporte.	Saber manejar situações de acidentes com múltiplas vítimas.	04 T 04 P
4. Urgências clínicas no paciente adulto	Sofrimento respiratório agudo	Reconhecer sinais de gravidade, a partir da regulação, com base na solicitação da população bem como através da descrição das vítimas atendidas pelas equipes à distância; Reconhecer sinais de disfunção respiratória quando na cena da ocorrência nas patologias mais prevalentes: crise asmática, DBPOC,	04 T 04 P (Prática)
		Infecções respiratórias, quadros de obstrução por corpo estranho, edema agudo de pulmão, e outros; Decidir pela melhor terapêutica a partir da descrição dos sinais de gravidade pelas equipes Adotar medidas para controle da disfunção respiratória grave	
		Manejar os equipamentos de suporte ventilatório básico e avançado Dominar técnicas de suporte ventilatório: intubação traqueal, cricotireoidostomia, drenagem torácica, toracocentese	
	Doenças circulatórias	Reconhecer sinais de gravidade, a partir da regulação, com base na solicitação da população bem como através da descrição das vítimas atendidas pelas equipes à distância; Reconhecer sinais de disfunção circulatória quando na cena da ocorrência nas patologias mais prevalentes: Infarto Agudo do	04 T 04 P
		Miocárdio, Angina Instável, AVC, Quadros Isquêmicos, Edema Agudo de Pulmão, outros Adotar medidas para controle e tratamento inicial dos agravos circulatórios agudos Ter noções de eletrocardiografia Realizar manobras de reanimação cardiorespiratória avançada	
	Doenças metabólicas	Reconhecer sinais de gravidade, a partir da regulação, com base na solicitação da população bem como através da descrição das vítimas atendidas pelas equipes à distância;	

		Reconhecer sinais de doença metabólica quando na cena da ocorrência nas patologias mais prevalentes: diabetes descompensado, coma hipoglicêmico, coma hiperosmolar e outros Adotar medidas para controle e tratamento inicial dos agravos metabólicos agudos	02T 02 P
	Intoxicações exógenas	Reconhecer sinais de gravidade, a partir da regulação, com base na solicitação da população bem como através da descrição das vítimas atendidas pelas equipes à distância; Reconhecer sinais de intoxicações exógenas quando na cena da ocorrência;	02 T 02 P
		Adotar medidas para controle e tratamento iniciais dos quadros de intoxicação exógena: manejo respiratório, uso de antídotos e medicamentos e esvaziamento gástrico	
5. Urgências clínicas na criança	Quadros respiratórios agudos	Reconhecer sinais de gravidade, a partir da regulação, com base na solicitação da população bem como através da descrição das vítimas atendidas pelas equipes à distância; Reconhecer sinais de disfunção respiratória quando na cena da ocorrência nas patologias mais prevalentes: mal asmático, obstrução por corpo estranho, faringites, epiglottites e outros; Decidir pela melhor terapêutica a partir da descrição dos sinais de gravidade pelas equipes Adotar medidas para controle da disfunção respiratória grave; Manejar os equipamentos de suporte ventilatório básico e avançado Dominar técnicas de manutenção da via aérea: intubação traqueal (oro/naso), cricotireoidostomia, drenagem de tórax, toracocentese	02 T 02 P
6. Urgências traumáticas no paciente adulto e na criança	Atendimento inicial do paciente politraumatizado TRM TCE Trauma torácico Trauma abdominal	Reconhecer sinais de gravidade, a partir da regulação, com base na solicitação da população bem como através da descrição das vítimas atendidas pelas equipes à distância; Reconhecer sinais de gravidade na vítima traumatizada grave: sinais de disfunção respiratória, ventilatória e circulatória quando	16 T 12 P
	Trauma na gestante Trauma de extremidades Choque e hemorragias Trauma de face Queimaduras	na cena dos acidentes; Orientar as equipes quanto aos cuidados a serem prestados às vítimas traumatizadas para controle da respiração/ventilação e da circulação; Ser capaz de avaliar e prestar o atendimento inicial ao paciente	
	Quase afogamento Choque elétrico Acidentes com produtos perigosos	traumatizado grave Adotar medidas específicas no manejo do trauma raquimedular, trauma cranioencefálico, trauma torácico, trauma abdominal, trauma de extremidades, trauma de face e no controle de choques e hemorragias, Queimaduras, Quase afogamento, Choque elétrico, Acidentes com produtos perigosos. Estar habilitado para a realizar as técnicas de imobilização e remoção.	
7. Urgências psiquiátricas	Psicoses Tentativa de suicídio Depressões Síndromes cerebrais orgânicas	Reconhecer sinais de gravidade, a partir da regulação, com base na solicitação da população bem como através da descrição das vítimas atendidas pelas equipes à distância; Reconhecer sinais de gravidade das patologias psiquiátricas em situações de urgência, quando na cena das ocorrências;	02 T 02 P

		Reconhecer necessidade de acionar outros atores no atendimento às urgências psiquiátricas, quando implicar a segurança das equipes de APH; Adotar medidas no manejo dos pacientes agressivos, psicóticos e suicidas	
8. Urgências obstétricas	Trabalho de parto normal Apresentações distócicas Hipertensão na gestante e suas complicações Hemorragias Abortamento Cesárea pós-mortem	Reconhecer sinais de gravidade, a partir da regulação, com base na solicitação da população bem como através da descrição das vítimas atendidas pelas equipes à distância; Reconhecer sinais de trabalho de parto normal, parto distócico e todas as complicações obstétricas, quando na cena da ocorrência;	02 T 02 P
		Estar habilitado para prestar o atendimento inicial à gestante em trabalho de parto normal e parto com distócia e outras complicações obstétricas e prevenir complicações Prestar o atendimento ao RN normal e prematuro Manejar os equipamentos necessários para suporte ventilatório ao RN.	
		Manejar equipamentos para transporte de RN de risco (incubadora de transporte) Estar habilitado para realizar cesariana pós mortem	
9. *Avaliação teórica	Provas escritas e práticas de avaliação de conhecimento	Demonstrar conhecimentos adquiridos	04 T
10. Estágio em Central de regulação	Vivencia pratica de atendimento	Familiarização com a rotina de serviço e participar de atendimento de regulação	12 P
11. Estágio em Ambulância	Vivência pratica de atendimento	Familiarização com a rotina de serviço e participar de atendimento de vítimas em situações reais	12 P
TO TA L			120 H

RECOMENDAÇÃO DE ATIVIDADES PRÁTICAS

- Devem ser realizadas em serviço, inicialmente observando profissionais já experientes, problematizando a realidade, com discussão dos casos em grupos e, a seguir, atuando e sendo supervisionado pelos profissionais da unidade.

2.2 – Profissionais do Atendimento Pré-Hospitalar Fixo e Hospitalar:

A - Atenção Primária à Saúde, aqui consideradas as Unidades Básicas de Saúde e o Programa de Saúde da Família:

A-1- Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem: *

TEMA	CONTEÚDOS	HABILIDADES	CH
1. Sistema de saúde e rede hierarquizada de assistência.	Apresentação do sistema de saúde local e serviços relacionados com a saúde	Conhecer a organização do sistema de saúde loco-regional de acordo com a hierarquia dos serviços: considerando as portas hospitalares e não hospitalares	4 T (Teórica)
	Serviço de atendimento pré-hospitalar (APH) móvel.	Conhecer o funcionamento do serviço de APH móvel de sua cidade	
	Apresentação da Portaria GM/MS nº 2048 de 5 de novembro de 2002 -Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência	Dominar os conceitos da Portaria e as competências do auxiliar de enfermagem e do técnico de enfermagem no APH móvel	
	Apresentação das rotinas, fluxos e protocolos do serviço, do sistema de saúde e das estruturas de comunicação.	Estar habilitado para fluxos e rotinas operacionais do serviço: relação com os serviços de saúde, comunicação através do sistema de rádio, uso de códigos, adoção de protocolos de serviço.	
	Acolhimento e triagem de risco	Estar sensibilizado e habilitado para acolher os pacientes com quadros agudos que se apresentem à unidade sem consulta previamente agendada, avaliar preliminarmente o risco mediante protocolos previa-mente estabelecidos, e comunicar o médico assistente ou priorizar o atendimento, conforme pacto assistencial de cada unidade.	

2. Urgências clínicas mais frequentes no paciente adulto:	Sofrimento agudo dos sistemas cardio-respiratório, neurológico, metabólico e por intoxicações exógenas.	Reconhecer sinais de disfunção cardio-respiratória nas patologias mais prevalentes: crise asmática, DPOC, infecções respiratórias, quadros de obstrução por corpo estranho, edema agudo de pulmão, crise hipertensiva, infarto agudo do miocárdio, angina instável, arritmias, quadros isquêmicos.	4T 10 P (Prática)
		Reconhecer sinais das patologias neurológicas mais prevalentes: síndromes convulsivas, acidentes vasculares cerebrais, quadros infecciosos.	
		Reconhecer sinais de agravos metabólicos agudos tais como: diabetes descompensado, coma hipoglicêmico, coma hiperosmolar. Reconhecer sinais de intoxicação exógena.	
		Descrever estes sinais ao médico regulador, quando o médico da unidade não estiver presente. Relatar os casos agudos com sinais de gravidade ao médico assistente, para que os atendimentos possam ser priorizados.	
		Ser capaz de iniciar medidas de reanimação de suporte básico, enquanto aguarda medicalização do atendimento. Manejar os equipamentos de suporte ventilatório básico. Executar procedimentos de enfermagem, dentro dos limites de sua função.	
		Adotar medidas para controle e tratamento inicial dos agravos circulatórios agudos. Dominar técnicas de aferição da glicemia, administração de medicamentos e infusões, dentro dos limites de sua função, de acordo com a orientação do médico regulador ou prescrição do médico da unidade	
3. Urgências clínicas na criança	Sofrimento agudo por quadros infecciosos, febris, disfunções respiratórias, gastrintestinais, neurológicas, metabólicas, intoxicações exógenas e maus tratos.	Reconhecer sinais de disfunção respiratória de maior ou menor gravidade, de causa infecciosa ou não, nas patologias mais prevalentes: mal asmático, obstrução por corpo estranho, faringites, epiglottites, broncopneumonia.	2T 4P
		Adotar medidas para controle desta disfunção, de acordo com as orientações do médico da unidade ou do médico regulador, quando o médico da unidade não estiver presente. Manejar os equipamentos de suporte ventilatório básico.	
4. Urgências traumáticas no paciente adulto e na criança	Atendimento inicial do traumatizado grave TRM TCE Trauma torácico Trauma abdominal	Reconhecer sinais de gravidade na vítima traumatizada grave: sinais de disfunção ventilatória, respiratória e circulatória. Descrever ao médico da unidade ou ao médico regulador, quando o médico da unidade não estiver presente, os sinais	4T 10 P
	Trauma de extremidades Choque e hemorragias Trauma de face Queimaduras Quase afogamento	observados nos pacientes traumatizados. Ser capaz de prestar o atendimento inicial, nas medidas de suporte básico à vida, adotar medidas no manejo do paciente vítima de trauma de qualquer natureza.	
	Trauma na gestante Lesões por eletricidade Acidentes com múltiplas vítimas Acidentes com produtos perigosos		

5. Urgências psiquiátricas	Psicoses Tentativa de suicídio Depressões Síndromes cerebrais orgânicas	Reconhecer sinais de gravidade das patologias psiquiátricas em situações de urgência. Descrever ao médico regulador os sinais observados nos pacientes em atendimento, quando o médico da unidade não estiver presente.	2T 4P
		Reconhecer necessidade de acionar outros atores no atendimento às urgências psiquiátricas, quando implicar a segurança da equipe (pacientes agressivos em situações de risco para si e para os outros).	
6. Urgências obstétricas	Trabalho de parto normal Apresentações distócicas Hipertensão na gestante e suas complicações Hemorragias Abortamento	Reconhecer sinais de trabalho de parto normal, parto distócico e as complicações obstétricas. Descrever ao médico regulador os sinais observados nas pacientes em atendimento, quando o médico da unidade não estiver presente.	2T 4P
		Estar habilitado para auxiliar no atendimento à gestante em trabalho de parto normal. Estar habilitado para prestar o atendimento ao RN normal e prematuro.	
		Manejar os equipamentos básicos necessários para suporte ventilatório ao RN.	
7. Materiais e equipamentos do atendimento às urgências.	Controle e conservação de materiais, equipamentos e medicamentos de suporte ventilatório, circulatório, aferição de sinais vitais, materiais para imobilização e transporte.	Dominar o funcionamento de todos materiais e equipamentos. Dominar as técnicas de desinfecção e esterilização dos materiais e equipamentos, bem como a validade dos medicamentos.	04 P
		Aplicar as rotinas e protocolos de serviço para o uso dos equipamentos e materiais.	
8. **Avaliação teórica e prática do curso	Provas escritas e práticas de avaliação de conhecimento	Demonstrar conhecimentos adquiridos	02 T 04 P
TO TA L			60 H

* Embora conteúdos e cargas horárias sejam os mesmos para toda a equipe de enfermagem, os treinamentos podem ser ministrados em separado, de acordo com material, forma de abordagem e terminologia mais adequada aos diferentes profissionais, e segundo o julgamento e decisão local. ** Duas horas para avaliação escrita e as 4 restantes para avaliação prática a serem distribuídas durante o Curso.

A- 2 - Médicos:

TEMA	CONTEÚDOS	HABILIDADES	CH
1. Sistema de saúde e rede hierarquizada de assistência	Apresentação do sistema de saúde local e serviços relacionados com a saúde Perfil profissional	Conhecer a organização do sistema de saúde local de acordo com a hierarquia dos serviços: rede básica, rede de urgência, considerando as portas hospitalares e não hospitalares Conhecer a estrutura e missão de cada serviço de saúde local Conhecer horários de funcionamento dos serviços e capacidade instalada	04T (Teórica)
	Serviço de atendimento pré-hospitalar (APH) móvel.	Conhecer o funcionamento do serviço de APH móvel de sua cidade.	
	Apresentação da Portaria GM/MS nº 2048 de 5 de novembro de 2002 -Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência	Dominar os conceitos da Portaria e as competências do médico da central de regulação de urgência Conhecer os protocolos de regulação de urgência e exercer as técnicas de regulação médica	
2. Urgências clínicas no paciente adulto	Sofrimento respiratório agudo.	Acolher, reconhecer, diagnosticar e adotar medidas terapêuticas para controle da disfunção respiratória grave. Manejar os equipamentos de suporte ventilatório básico.	

	Doenças circulatórias	Acolher, reconhecer e diagnosticar as patologias mais prevalentes: Infarto Agudo do Miocárdio, Angina Instável, arritmias cardíacas, AVC e Edema Agudo de Pulmão;	04 T 10 P (Prática)
		Adotar medidas terapêuticas para controle e tratamento inicial destes agravos. Ter noções de eletrocardiografia Realizar manobras de reanimação cardiorespiratória avançada	
	Doenças metabólicas	Acolher, reconhecer e diagnosticar quadros agudos das doenças metabólicas mais prevalentes: diabetes descompensado, coma hipoglicêmico, coma hiperosmolar e outras. Adotar medidas para controle e tratamento inicial destes agravos.	
	Intoxicações exógenas	Reconhecer sinais de intoxicações exógenas e adotar medidas para controle e tratamento iniciais destes quadros: manejo respiratório, uso de antídotos e medicamentos disponíveis, esvaziamento gástrico.	
3. Urgências clínicas na criança	Sofrimento agudo por quadros infecciosos, febris, disfunções respiratórias, gastrointestinais, neurológicas, metabólicas, intoxicações exógenas e maus tratos.	Acolher, reconhecer e diagnosticar sinais de disfunção respiratória nas patologias mais prevalentes: mal asmático, obstrução por corpo estranho, faringites, epiglottites e outros;	02 T 06 P
		Acolher, reconhecer e diagnosticar os sinais de distúrbio hídrolítico e metabólico. Acolher, reconhecer e diagnosticar os sinais de toxemia e buscar identificar a causa.	
		Decidir pela melhor terapêutica e adotar medidas para controle das disfunções apontadas.	
4. Urgências cirúrgicas traumáticas e não traumáticas no paciente adulto e na criança.	Atendimento a pacientes vítimas de pequenos ferimentos/abscessos.	Acolher, reconhecer e diagnosticar a maior ou menor gravidade das lesões. Realizar suturas simples e drenagem de pequenos abscessos.	04 T 10 P
	Atendimento inicial do paciente politraumatizado TRM TCE Trauma torácico	Acolher, reconhecer e diagnosticar sinais de gravidade na vítima traumatizada grave: sinais de disfunção respiratória, ventilatória e circulatória. Ser capaz de prestar o atendimento inicial ao paciente traumatizado grave.	
	Trauma abdominal Trauma na gestante Trauma de extremidades Choque e hemorragias Trauma de face. Queimaduras	Adotar medidas específicas no manejo do trauma raquimedular, trauma cranioencefálico, trauma torácico, trauma abdominal, trauma de extremidades, trauma de face e no controle de choques e hemorragias, Queimaduras, Quase afogamento, Choque elétrico, Acidentes com múltiplas vítimas, Acidentes com produtos perigosos.	
	Quase afogamento Choque elétrico Acidentes com múltiplas vítimas Acidentes com produtos perigosos. Choque hipovolêmico e/ou tóxico.	Estar habilitado para a realizar as técnicas de imobilização e remoção.	
5. Urgências psiquiátricas e neurológicas	Psicoses Tentativa de suicídio Depressões Síndromes cerebrais orgânicas Convulsões	Acolher e reconhecer sinais de gravidade das patologias psiquiátricas em situações de urgência. Reconhecer necessidade de acionar outros atores no atendimento às urgências psiquiátricas, quando implicar a segurança da equipe.	02 T 04 P
		Adotar medidas terapêuticas iniciais no manejo dos pacientes convulsivos, agressivos, psicóticos e suicidas.	

6. Urgências obstétricas	Trabalho de parto normal Apresentações distócicas Hipertensão na gestante e suas complicações Hemorragias Abortamento Cesárea pós-morte	Acolher, reconhecer e diagnosticar trabalho de parto normal, parto distócico e as principais complicações obstétricas, como DHEG e hemorragias.	02 T 04 P
		Estar habilitado para prestar o atendimento inicial à gestante em trabalho de parto normal e parto com distócia e outras complicações obstétricas e prevenir complicações.	
		Prestar o atendimento ao RN normal e prematuro Manejar os equipamentos necessários para suporte ventilatório ao RN.	
7. *Avaliação teórica e prática do curso	Provas escritas e práticas de avaliação de conhecimento	Demonstrar conhecimentos adquiridos	02 T 06 P
TO TA L			60 H

RECOMENDAÇÃO DE ATIVIDADES PRÁTICAS

- Devem ser realizadas em serviço, inicialmente observando profissionais já experientes, problematizando a realidade, com discussão dos casos em grupos e, a seguir, atuando e sendo supervisionado pelos profissionais da unidade.

B - Profissionais das Unidades Não Hospitalares (Capítulo III - item 2) e Hospitalares de atendimento às urgências (Capítulo V - itens A e B):

B-1- Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares Enfermagem: *

TEMA	CONTEÚDOS	HABILIDADES	CH
1. Sistema de saúde e rede hierarquizada de assistência.	Apresentação do sistema de saúde local e serviços relacionados com a saúde	Conhecer a organização do sistema de saúde loco-regional de acordo com a hierarquia dos serviços: considerando as portas hospitalares e não hospitalares	04 T (Teórica)
	Serviço de atendimento pré-hospitalar (APH) móvel.	Conhecer o funcionamento do serviço de APH móvel de sua cidade	
	Apresentação da Portaria GM/MS nº 2048 de 5 de novembro de 2002 -Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência	Dominar os conceitos da Portaria e as competências do auxiliar de enfermagem e do técnico de enfermagem no APH móvel	
	Apresentação das rotinas, fluxos e protocolos do serviço, do sistema de saúde e das estruturas de comunicação.	Estar habilitado para fluxos e rotinas operacionais do serviço: relação com os serviços de saúde, comunicação através do sistema de rádio, uso de códigos, adoção de protocolos de serviço.	
	Acolhimento e triagem de risco	Estar sensibilizado e habilitado para acolher os pacientes com quadros agudos que se apresentem à unidade sem consulta previamente agendada, avaliar preliminarmente o risco mediante protocolos previamente estabelecidos, e comunicar o médico assistente ou priorizar o atendimento, conforme pacto assistencial de cada unidade.	
2. Manejo das Urgências clínicas mais frequentes no paciente adulto, na sala de urgências.	Sofrimento agudo dos sistemas cardio-respiratório, neurológico, metabólico e por intoxicações exógenas.	Reconhecer sinais de disfunção cardio-respiratória nas patologias mais prevalentes: crise asmática, DPOC, infecções respiratórias, quadros de obstrução por corpo estranho, edema agudo de pulmão, crise hipertensiva, infarto agudo do miocárdio, angina instável, arritmias, quadros isquêmicos.	08 T 16 P (Prática)
		Reconhecer sinais das patologias neurológicas mais prevalentes: síndromes convulsivas, acidentes vasculares cerebrais, quadros infecciosos. Reconhecer sinais de agravos metabólicos agudos tais como: diabetes descompensado, coma hipoglicêmico, coma hiperosmolar	

		Reconhecer sinais de intoxicação exógena. Ser capaz de iniciar medidas de reanimação de suporte básico quando necessário, enquanto aguarda medicalização do atendimento. Manejar todos os equipamentos de suporte ventilatório.	
		Executar procedimentos de enfermagem, dentro dos limites de sua função. Adotar medidas para controle e tratamento inicial dos agravos circulatórios agudos.	
		Dominar técnicas de aferição da glicemia, administração de medicamentos e infusões, dentro dos limites de sua função, de acordo com a prescrição do médico da unidade.	
3 Manejo das Urgências clínicas na criança, na sala de urgências.	Sofrimento agudo por quadros infecciosos, febris, disfunções respiratórias, gastrointestinais, neurológicas, metabólicas, intoxicações exógenas e maus tratos.	Reconhecer sinais de disfunção respiratória de maior ou menor gravidade, nas patologias mais prevalentes: mal asmático, obstrução por corpo estranho, faringites, epiglottites, broncopneumonia.	
		Reconhecer sinais de desidratação, de maior ou menor gravidade, nas patologias mais frequentes. Reconhecer sinais de alteração no nível de consciência.	04 T 08 P
		Acionar o médico assistente com a máxima brevidade, sempre que identificar sinais de gravidade. Adotar medidas para controle das disfunções mencionadas, de acordo com as prescrições do médico assistente. Manejar todos os equipamentos de suporte ventilatório.	
4. Manejo das Urgências traumáticas no paciente adulto e na criança, na sala de urgências.	Atendimento inicial do traumatizado grave TRM TCE Trauma torácico Trauma abdominal	Reconhecer sinais de gravidade na vítima traumatizada seja de disfunção ventilatória, respiratória e/ou circulatória. Acionar o médico assistente com a máxima brevidade, sempre que identificar sinais de gravidade.	
	Trauma de extremidades Choque e hemorragias Trauma de face Queimaduras Quase afogamento	Ser capaz de prestar o atendimento inicial, nas medidas de suporte básico à vida. Adotar medidas no manejo do paciente vítima de trauma de	08 T 16 P
	Trauma na gestante Lesões por eletricidade Acidentes com múltiplas vítimas Acidentes com produtos perigosos	qualquer natureza, de acordo com as prescrições do médico assistente.	
5. Manejo das Urgências psiquiátricas, na sala de urgências.	Psicoses Tentativa de suicídio Depressões Síndromes cerebrais orgânicas	Reconhecer sinais de gravidade das patologias psiquiátricas em situações de urgência. Reconhecer necessidade de acionar outros atores no atendimento às urgências psiquiátricas, quando implicar a segurança da equipe (pacientes agressivos em situações de risco	04 T 08 P
		para si e para os outros). Acionar o médico assistente com a máxima brevidade, sempre que identificar sinais de gravidade. Adotar medidas no manejo do paciente vítima de urgência psiquiátrica, de acordo com as prescrições do médico assistente.	
6. Manejo de Urgências obstétricas, na sala de urgências.	Trabalho de parto normal Apresentações distócicas Hipertensão na gestante e suas complicações Hemorragias Abortamento	Reconhecer sinais de trabalho de parto normal, parto distócico e das complicações obstétricas. Reconhecer sinais de gravidade em casos de hemorragias genitais.	
		Reconhecer sinais de gravidade em casos de hipertensão em gestantes. Acionar o médico assistente com a máxima brevidade, sempre que identificar sinais de gravidade.	04 T 08 P

		Estar habilitado para auxiliar no atendimento à gestante em trabalho de parto normal. Estar habilitado para prestar o atendimento ao RN normal e prematuro.	
		Manejar os equipamentos básicos necessários para suporte ventilatório ao RN. Adotar medidas no manejo das situações mencionadas, de acordo com as prescrições do médico assistente.	
7. Manejo dos pacientes em observação.	Alterações cardio-respiratórias, metabólicas, de nível de consciência e outras.	Acompanhar atentamente os pacientes em observação, reconhecer alterações em seu quadro cardio-respiratório, metabólico e de consciência, de acordo com o registro sistemático dos sinais vitais.	02 T 04 P
		Comunicar estas alterações ao médico assistente com a máxima brevidade, sempre que identificar sinais de gravidade. Observar com presteza as prescrições do médico assistente.	
8. Materiais e equipamentos do atendimento às urgências.	Controle e conservação de materiais, equipamentos e medicamentos de suporte ventilatório, circulatório, aferição de sinais vitais, materiais para imobilização e transporte.	Dominar o funcionamento de todos materiais e equipamentos. Dominar as técnicas de desinfecção e esterilização dos materiais e equipamentos, bem como a validade dos medicamentos.	08 P
		Aplicar as rotinas e protocolos de serviço para o uso dos equipamentos e materiais. Ser capaz de Capacitar a equipe de enfermagem para o manuseio de materiais e equipamentos, rotina de desinfecção de materiais e equipamentos.	
9. **Avaliação teórica e pratica do curso	Provas escritas e práticas de avaliação de conhecimento	Demonstrar conhecimentos adquiridos	02 T 04 P
TO TA L			108 H

* Embora conteúdos e cargas horárias sejam os mesmos para toda a equipe de enfermagem, os treinamentos podem ser ministrados em separado, de acordo com material, forma de abordagem e terminologia mais adequada aos diferentes profissionais, de acordo com julgamento e decisão local.

** Duas horas para avaliação escrita e as 4 restantes para avaliação prática a serem distribuídas durante o Curso.

B- 2 - Médico Clínicos Gerais:

TEMA	CONTEÚDOS	HABILIDADES	CH
1- Sistema de saúde e rede hierarquizada de assistência.	Apresentação do Sistema Único de Saúde. Apresentação da Portaria GM/MS nº 2048 de 5 de novembro de 2002 - Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência	Conhecer as Diretrizes do SUS e seu estágio atual de implantação. Conhecer o Regulamento Técnico da Atenção às Urgências: diretrizes gerais e os componentes da rede assistencial.	04 T (Teórica)
		Entender o conceito de regulação médica das urgências, as funções e prerrogativas do médico regulador e saber claramente como se inserir e se relacionar com o sistema. Conhecer a organização do sistema de saúde local de acordo com a hierarquia dos serviços: rede básica, rede de urgência, considerando as portas hospitalares e não hospitalares.	
	Apresentação do sistema de saúde local e serviços relacionados com a saúde	Conhecer a estrutura e missão de cada serviço de saúde local, dentro da rede de atenção às urgências. Conhecer horários de funcionamento dos serviços e capacidade instalada	
2. Urgências cardio-respiratórias.	Síncope Crise Hipertensiva Dor Torácica Infarto Agudo do Miocárdio Insuficiência Cardíaca Arritmias Cardíacas	Para todos os itens, de 2 a 10: Acolher, reconhecer, diagnosticar e adotar medidas terapêuticas para tratamento e/ou controle das patologias referidas.	

	Choque Cardiogênico Edema Agudo de Pulmão Embolia Pulmonar Asma Pneumonias	Responsabilizar-se pelo encaminhamento adequado do paciente, quando a patologia apresentada exigir recursos terapêuticos e/ou diagnósticos inexistentes na unidade, mediante protocolos previamente pactuados e reconhecidos.	08 T 16 P (Prática)
3. Urgências do Sistema	Cefaléia		04 T
Nervoso Central:	Infecções intracranianas Convulsões Acidente Vascular Cerebral Coma Morte Encefálica Alterações comportamentais e estados confusionais agudos		08 P
4. Urgências Gastrointestinais:	Dor Abdominal Aguda Diarréia Aguda Hemorragia Digestiva Alta Hemorragia Digestiva Baixa Icterícia Insuficiência Hepática		04 T 08 P
	Colangite Pancreatite Aguda Ingestão de Corpo Estranho Ingestão de Cáusticos		02 T 04 P
5. Urgências Genito-urinárias:	Dor pélvica Cólica Renal Infecção Urinária Insuficiência Renal Aguda		02 T 04 P
6. Urgências Endocrinológicas:	Diabetes descompensado Hipoglicemia Insuficiência Supra-renal Alterações Hematológicas Graves Crise Falcêmica		02 T 04 P
7. Urgências Hematológicas:	Trombo-embolismo Arterial Rotura de Aneurismas Trombose Venosa Profunda		02 T 04 P
8. Urgências Vasculares:	Pé Diabético		
			02 T 04 P
9. Urgências Oftalmológicas:	Conjuntivite Aguda Corpo Estranho Glaucoma Hordéolo Descolamento de Retina Tr a u m a		02 T 04 P
10. Urgências Otorrinolaringológicas:	Otalgia Corpo Estranho Rolha de Cerúmen Surdez Súbita Epistaxe		02 T 04 P
	Sinusite Labirintite Aguda Tr a u m a		
11. Urgências em Saúde Mental:	Paciente Agitado/Violento Psicoses Depressões Risco de Suicídio Abstinência Alcoólica e outras Abordagem do Paciente Terminal e de sua Família	Acolher e reconhecer sinais de gravidade das patologias psiquiátricas em situações de urgência. Reconhecer a necessidade de acionar outros atores no atendimento às urgências psiquiátricas, quando houver risco para o paciente e/ou para a equipe.	04 T 08 P
	Síndromes cerebrais orgânicas	Adotar medidas terapêuticas no manejo dos pacientes agressivos, psicóticos, depressivos, suicidas e em síndrome de abstinência. Responsabilizar-se pelo encaminhamento adequado do paciente, quando a patologia apresentada exigir recursos terapêuticos e/ou diagnósticos inexistentes na unidade, mediante protocolos previamente pactuados e reconhecidos.	
12. Urgências Traumáticas:	Sutura de Ferimentos e drenagem de Abscessos Politraumatizado Choque e hemorragias Trauma Raquimedular Trauma Crânio Encefálico	Realizar suturas de ferimentos e drenagem de abscessos. Acolher, reconhecer e diagnosticar sinais de gravidade na vítima traumatizada: sinais de disfunção respiratória, ventilatória e circulatória. Ser capaz de prestar o atendimento inicial ao	

	Trauma torácico Trauma abdominal Trauma de face Trauma de extremidades Trauma na gestante	paciente traumatizado grave. Adotar medidas específicas no manejo do trauma raquimedular, trauma craneoencefálico, trauma torácico, trauma abdominal, trauma de extremidades, trauma de face e no controle de choques	08 T 16 P
	Queimaduras Quase afogamento Choque elétrico Intoxicações e envenenamentos Acidentes com múltiplas vítimas Acidentes com produtos perigosos.	e hemorragias, Queimaduras, Quase afogamento, Choque elétrico, Intoxicações e Envenenamentos, Acidentes com múltiplas vítimas, Acidentes com produtos perigosos. Responsabilizar-se pelo encaminhamento adequado do paciente, quando a patologia apresentada exigir recursos terapêuticos e/ou	
		diagnósticos inexistentes na unidade, mediante protocolos previamente pactuados e reconhecidos.	
13. Urgências gineco-obstétricas:	Infecções Hipertensão Arterial Hemorragias Distúrbios Tromboembólicos Trabalho de parto normal	Acolher, reconhecer, diagnosticar e adotar medidas terapêuticas para tratamento e/ou controle das patologias referidas, encaminhando adequadamente os casos que extrapolem a complexidade da unidade.	08 T 16 P
	Apresentações distócicas Cesárea pós-morte	Estar habilitado para prestar à gestante em trabalho de parto normal em período expulsivo. Prestar o atendimento ao RN normal e prematuro. Manejar os equipamentos necessários para suporte ventilatório ao RN.	
14. Manejo de equipamentos, soluções e medicamentos	Cardioversor Respirador Monitor Oxímetro Bomba de Infusão Material de Imobilização e Remoção	Manejar todos os equipamentos da sala de urgência. Estar habilitado para a realizar as técnicas de imobilização e remoção. Conhecer as soluções e os medicamentos disponíveis na unidade e ter domínio em relação à sua utilização.	08 P
15. *Avaliação teórica e prática do curso	Provas escritas e práticas de avaliação de conhecimento	Demonstrar conhecimentos adquiridos	04 T 10 P
TO TA L			170 H

* 4 horas para avaliação escrita e as 10 restantes para avaliação prática a serem distribuídas durante o Curso.

B - 2 – Médicos Pediatras:

TEMA	CONTEÚDOS	HABILIDADES	CH
1- Sistema de saúde e rede hierarquizada de assistência.	Apresentação do Sistema Único de Saúde. Apresentação da Portaria GM/MS nº 2048, de 5 de novembro de 2002 - Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência	Conhecer as Diretrizes do SUS e seu estágio atual de implantação. Conhecer o Regulamento Técnico da Atenção às Urgências: diretrizes gerais e os componentes da rede assistencial.	04 T (Teórica)
		Entender o conceito de regulação médica das urgências, as funções e prerrogativas do médico regulador e saber claramente como se inserir e se relacionar com o sistema. Conhecer a organização do sistema de saúde local de acordo com a hierarquia dos serviços: rede básica, rede de urgência, considerando as portas hospitalares e não hospitalares.	
	Apresentação do sistema de saúde local e serviços relacionados com a saúde	Conhecer a estrutura e missão de cada serviço de saúde local, dentro da rede de atenção às urgências. Conhecer horários de funcionamento dos serviços e capacidade instalada	
2- Urgências respiratórias.	Asma Pneumonias Corpo Estranho Laringite Estrudulosa	Para todos os itens, de 2 a 7: Acolher, reconhecer, diagnosticar e adotar medidas terapêuticas para tratamento e/ou controle das patologias referidas.	

		Responsabilizar-se pelo encaminhamento adequado do paciente, quando a patologia apresentada exigir recursos terapêuticos e/ou diagnósticos inexistentes na unidade, mediante protocolos previamente pactuados e reconhecidos.	04 T 08 P (Prática)
3- Urgências do Sistema Nervoso Central:	Cefaléia Meningites Encefalites Convulsões Coma		
	Morte Encefálica Alterações comportamentais e estados confusionais agudos		
4- Urgências Gastrointestinais	Dor Abdominal Aguda e recorrente Diarréia Aguda Vômitos Icterícia		04 T 08 P
	Ingestão de Corpo Estranho Hemorragia Digestiva Alta e Baixa Obstrução Intestinal Gastrite Úlcera Perfurada		
5-Urgências Genitourinárias	Dor pélvica Infecção Urinária Insuficiência Renal Aguda Alterações Hematológicas Graves		04 T 08 P
6-Urgências Hematológicas, Metabólicas e Endócrinas	Crise Falcêmica Desidratação Diabetes descompensado Hipoglicemia Insuficiência Supra-renal		04 T 08 P
7- Urgências Oftalmológicas:	Conjuntivite Aguda Corpo Estranho Glaucoma Hordéolo Descolamento de Retina Tr a u m a		04 T 08 P
8-Urgências Otorrinolaringológicas	Otalgia Corpo Estranho Rolha de Cerúmen Surdez Súbita Epistaxe Sinusite		02 T 04 P
	Labirintite Aguda Tr a u m a Otorragia		02 T 04 P
9- Urgências em Saúde Mental:	Crianças Vítimizada Abordagem do Paciente Terminal e de sua Família Alterações de Nível de Consciência	Acolher e reconhecer sinais de gravidade em situações de urgência. Reconhecer a necessidade de acionar outros atores no atendimento às urgências psiquiátricas, quando houver risco para o	04 T 08 P
:		paciente. Adotar medidas terapêuticas no manejo das patologias apontadas. Responsabilizar-se pelo encaminhamento adequado do paciente, quando o quadro	
		apresentado exigir recursos terapêuticos e/ou diagnósticos inexistentes na unidade, mediante protocolos previamente pactuados e reconhecidos.	
10- Urgências Traumáticas:	Sutura de Ferimentos e drenagem de Abscessos Politraumatizado Choque e hemorragias Trauma Raquimedular Trauma Crânio Encefálico	Realizar suturas de ferimentos e drenagem de abscessos. Acolher, reconhecer e diagnosticar sinais de gravidade na vítima traumatizada: sinais de	08 T 16 P
	Trauma torácico Trauma abdominal Trauma de face Trauma de extremidades Queimaduras	disfunção respiratória, ventilatória e circulatória. Ser capaz de prestar o atendimento inicial ao paciente traumatizado grave.	
		Adotar medidas específicas no manejo do trauma raquimedular, trauma cranioencefálico, trauma torácico, trauma abdominal, trauma de extremidades, trauma de face e no controle de choques e hemorragias, Queimaduras, Quase	
	Quase afogamento Choque		

	elétrico Intoxicações e envenenamentos	afogamento, Choque elétrico, Intoxicações e Envenenamentos. Responsabilizar-se pelo encaminhamento adequado do paciente, quando a patologia apresentada exigir recursos terapêuticos e/ou diagnósticos inexistentes na unidade, mediante protocolos previamente pactuados e reconhecidos.	
11- Manejo de equipamentos, soluções e medicamentos	Cardioversor Respirador Monitor Oxímetro Bomba de Infusão Material de Imobilização e Remoção	Manejar todos os equipamentos da sala de urgência. Estar habilitado para a realizar as técnicas de imobilização e remoção.	08 P
		Conhecer as soluções e os medicamentos disponíveis na unidade e ter domínio em relação à sua utilização.	
12* Avaliação teórica e prática do curso	Provas escritas e práticas de avaliação de conhecimento	Demonstrar conhecimentos adquiridos	04 T 08 P
T O T A L			132 H

*4 horas para avaliação escrita e as 8 restantes para avaliação prática a serem distribuídas durante o Curso.

RECOMENDAÇÃO PARA AS ATIVIDADES:

- Devem ser realizadas em serviços pré-determinados da região, inicialmente acompanhando os profissionais já experientes, problematizando a realidade, com discussão dos casos em grupos e, a seguir, atuando e sendo supervisionado pelos profissionais da unidade.

- Dentro das cargas horárias teóricas estão incluídos exercícios práticos (in vitro) com materiais e equipamentos.

Saã ½de Legis - Sistema de Legislaã ½de ½o da Saã ½de



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
DIRETORIA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL — SAMU 192

OFÍCIO Nº 916/2025

Florianópolis, data da assinatura eletrônica..

Senhor Secretário,

Cumprimentando-o cordialmente, e em atenção ao PROCESSO LEGISLATIVO Nº IND/0983/2025 de autoria do Deputado Marcos José de Abreu, servimo-nos do presente para aduzir os apontamentos abaixo sobre as bases do SAMU.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência já possui no Norte da Ilha uma Unidade de Suporte Avançado (USA), atualmente baseada na SC-401 ao lado do Centro Administrativo do Governo do Estado. Estamos encaminhando no PSES 00208948/2025 sua mudança para imóvel mais ao Norte, de forma a melhorar o tempo de resposta da ambulância no deslocamento para ocorrências. Quanto ao compartilhamento com o CBMSC, reforçamos que o SAMU é precipuamente um serviço da área da saúde. Como tal, seus parâmetros de construção atendem a uma série de normativas da ABNT, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Conselho Nacional do Meio Ambiente, entre outros. Estas legislações delineiam a destinação e tratamento de efluentes de serviços de saúde, parâmetros construtivos de qualidade e vigilância sanitária relativos ao controle de infecções, temperatura e monitoramento dos medicamentos para preservar suas propriedades originais, áreas de conforto e alimentação para os profissionais que trabalham em escala de plantão.

A natureza distinta dos serviços (segurança pública e saúde) orienta os parâmetros construtivos do CBM e do SAMU em direções opostas. Tal experiência foi posta em prática no bojo do TCT TN001654, que preconizou integração entre SES e CBMSC. Em cognição exauriente, e após as visitas de fiscalização às bases operacionais, concluímos que a distinção dos serviços ocasiona problemas de infraestrutura física – como na necessidade de academia e áreas de práticas físicas em campo aberto, demanda que ao mesmo tempo que ocupa espaço razoável da edificação não contempla o SAMU. De igual forma, as salas de expurgo e utilidades, a central de abastecimento farmacêutico e a sala de guarda de equipamentos de alta densidade tecnológica não dialogam com o escopo do CBMSC – que apesar de prestar atendimento pré-hospitalar (com as viaturas tipo ASU – Auto Socorro de Urgência) não possui medicamentos ou equipamentos de assistência à saúde a bordo já que esta função é precípua da Saúde. Aliás, as ambulâncias vinculadas ao SUS são chamadas tipos B – Suporte Básico de Vida, D – Suporte Avançado de Vida e E – Suporte Avançado de Vida aeromédico. O CBM atua no APH com ambulância tipo C – Ambulância de Resgate (ASU). Define-se a ambulância tipo C da seguinte maneira: *“TIPO C – Ambulância de Resgate: veículo de atendimento de urgências pré-hospitalares de pacientes vítimas de acidentes ou pacientes em locais de difícil acesso, com equipamentos de salvamento (terrestre, aquático e em alturas).”*

Ao senhor

DIOGO DEMARCHI SILVA

Secretário

Secretaria de Estado da Saúde

Florianópolis — SC

Red. SUE/DAPM/RS

Superintendência de Urgência e Emergência
Rua Esteves Júnior, 390 – Centro, Florianópolis/SC – 88.015-130
Contato: dapm@saude.sc.gov.br



A título de comparação, abaixo apresentamos a definição dos tipos B, D, e E:

TIPO B – Ambulância de Suporte Básico: veículo destinado ao transporte inter-hospitalar de pacientes com risco de vida conhecido e ao atendimento pré-hospitalar de pacientes com risco de vida desconhecido, não classificado com potencial de necessitar de intervenção médica no local e/ou durante transporte até o serviço de destino.

TIPO D – Ambulância de Suporte Avançado: veículo destinado ao atendimento e transporte de pacientes de alto risco em emergências pré-hospitalares e/ou de transporte inter-hospitalar que necessitam de cuidados médicos intensivos. Deve contar com os equipamentos médicos necessários para esta função.

TIPO E – Aeronave de Transporte Médico: aeronave de asa fixa ou rotativa utilizada para transporte inter-hospitalar de pacientes e aeronave de asa rotativa para ações de resgate, dotada de equipamentos médicos homologados pelo Departamento de Aviação Civil – DAC. (grifos nossos)

Sucintamente, buscamos demonstrar que a integração na atuação dos dois órgãos é sem dúvida conjunta, dada a complementaridade estabelecida pela legislação infraconstitucional. Contudo, isto não importa em necessidade de integração das estruturas físicas. Na verdade, as demandas particulares da SES e do CBMSC nas obras civis afastam tal necessidade inclusive acarretando problemas derivados quando integradas: o SAMU Xanxerê, por exemplo, possui diversas demandas estruturais não contempladas pelo CBMSC. Em Itajaí, os dormitórios disponibilizados pelo CBM são distantes da vaga de estacionamento da ambulância e sala de equipamentos, o que prejudica a rapidez da equipe na saída para atendimento. Por esse mister, entendemos que o SAMU 192 deve ser valorizado com áreas próprias, independentes e adaptadas conforme a discricionariedade exclusiva da pasta da Saúde, sabedora que é das normativas necessárias para obras civis em serviços de saúde. Tal independência e autonomia valoriza também a institucionalidade do SAMU bem como sua proximidade da população. Derradeiramente informamos que a SES tem envidado esforços constantes para alojar o SAMU em imóveis dominicais do Estado de Santa Catarina em detrimento de locações ou compartilhamentos – já que tal medida se inscreve no princípio da economicidade aplicado à Administração Pública. Além disso, qualifica e devolve à população bens imóveis de caráter coletivo com uso revertido em benefício coletivo. Nesta esteira, solicitamos recentemente apoio à SEA explicando em pormenores todas as necessidades e dificuldades de uma “gestão imobiliária” adequada para o SAMU 192. Seguem apenas ao presente processo documentos pertinentes para conhecimento mais aprofundado de como se exerce o controle patrimonial no Serviço, bem como as necessidades apresentadas pela DAPM/SAMU à SEA.

Sem mais para o momento, ficamos à disposição para o necessário.

Atenciosamente,

(assinatura eletrônica)
Marcos Antônio Fonseca
Superintendente de Urgência e Emergência

(assinatura eletrônica)
Dionísio César Medeiros
Diretor do APH Móvel



Assinaturas do documento



Código para verificação: **3K8Y0QC0**

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:



MARCOS ANTÔNIO FONSECA (CPF: 939.XXX.419-XX) em 06/10/2025 às 16:02:49

Emitido por: "SGP-e", emitido em 10/06/2020 - 13:17:29 e válido até 10/06/2120 - 13:17:29.

(Assinatura do sistema)



DIONISIO CEZAR MEDEIROS (CPF: 767.XXX.579-XX) em 06/10/2025 às 16:05:51

Emitido por: "SGP-e", emitido em 22/02/2023 - 16:10:19 e válido até 22/02/2123 - 16:10:19.

(Assinatura do sistema)

Para verificar a autenticidade desta cópia, acesse o link <https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo/conferencia-documento/U0NDXzEwMDY4XzAwMDE1MTk5XzE1MjAzXzlwMjVfM0s4WTBRQzA=> ou o site <https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo> e informe o processo **SCC 00015199/2025** e o código **3K8Y0QC0** ou aponte a câmera para o QR Code presente nesta página para realizar a conferência.



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GABINETE

OFÍCIO Nº 2086/2025/SES/GABS

Florianópolis, (data da assinatura digital).

Senhora Gerente,

Em atenção ao Ofício nº 2426/SCC-DIAL-GEAPI, que encaminha cópia da Indicação nº 0983/2025, subscrita pelo Deputado Marcos José de Abreu, por meio da qual se sugere a criação de uma Companhia do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina, associada à instalação de nova base do SAMU no bairro Ingleses, em Florianópolis, encaminhamos a manifestação da Superintendência de Urgência e Emergência (Ofício nº 916/2025 e anexos, das páginas 0011 a 0645), prestando os esclarecimentos pertinentes.

Atenciosamente,

Diogo Demarchi Silva
Secretário de Estado da Saúde
(assinado digitalmente)

À Senhora

NATHALIA DA SILVA ZIMERMANN

Gerente de Acompanhamento de Pedidos de Informações

Secretaria de Estado da Casa Civil - SCC

Florianópolis - SC

Red. GABS/FJCZ

Rua Esteves Júnior, 160 - 7º andar. Centro - Florianópolis / SC - 88.015-130

Telefones: (48) 3664-8847 / 3664-8848

E-mail: apoio@saude.sc.gov.br



Assinaturas do documento



Código para verificação: **4U6RA10H**

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:



DIOGO DEMARCHI SILVA (CPF: 010.XXX.009-XX) em 09/10/2025 às 15:10:42

Emitido por: "SGP-e", emitido em 02/08/2023 - 13:06:44 e válido até 02/08/2123 - 13:06:44.

(Assinatura do sistema)

Para verificar a autenticidade desta cópia, acesse o link <https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo/conferencia-documento/U0NDXzEwMDY4XzAwMDE1MTk5XzE1MjAzXzlwMjVfNFU2UkExMEg=> ou o site

<https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo> e informe o processo **SCC 00015199/2025** e o código **4U6RA10H** ou aponte a câmera para o QR Code presente nesta página para realizar a conferência.



TERMO DE JUNTADA POR ANEXAÇÃO/APENSAÇÃO

Nesta data, juntamos o processo SCC 00015199/2025 ao processo SCC 00015197/2025.

Motivo: Mesmo assunto.

SCC/GEAPI, em 17/10/2025.

Aglaé Folador



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA CASA CIVIL
DIRETORIA DE ASSUNTOS LEGISLATIVOS

Ofício nº 2675/SCC-DIAL-GEAPI

Florianópolis, 17 de outubro de 2025.

Senhor Presidente,

De ordem do senhor Governador do Estado, em resposta à Indicação nº 0983/2025, de autoria do Deputado Marcos José de Abreu, encaminho os seguintes documentos contendo informações a respeito da solicitação criação de Companhia do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Santa Catarina associada à instalação de nova base do SAMU no bairro Ingleses, no Município de Florianópolis:

- a) Ofício nº 1303/25/CmdoG, do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Santa Catarina; e
- b) Ofício nº 2086/2025/SES/GABS, da Secretaria de Estado da Saúde, que remete o Ofício nº 916/2025 e anexos, da Superintendência de Urgência e Emergência.

Respeitosamente,

Clarikennedy Nunes
Secretário de Estado da Casa Civil

Excelentíssimo Senhor Deputado
JULIO GARCIA
Presidente da Assembleia Legislativa do Estado de Santa Catarina
Nesta



Assinaturas do documento



Código para verificação: **1JT1T67X**

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:



CLARIKENNEDY NUNES (CPF: 634.XXX.299-XX) em 17/10/2025 às 18:37:56

Emitido por: "SGP-e", emitido em 07/07/2023 - 16:23:37 e válido até 07/07/2123 - 16:23:37.

(Assinatura do sistema)

Para verificar a autenticidade desta cópia, acesse o link <https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo/conferencia-documento/U0NDXzEwMDY4XzAwMDE1MTk3XzE1MjAxXzlwMjVfMUUpUMVQ2N1g=> ou o site <https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo> e informe o processo **SCC 00015197/2025** e o código **1JT1T67X** ou aponte a câmera para o QR Code presente nesta página para realizar a conferência.