

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
GABINETE DO MINISTRO**

PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 2, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017

Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde 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 políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) obedecerão ao disposto nesta Portaria.

**CAPÍTULO I
DAS POLÍTICAS DE SAÚDE**

Seção I

Das Políticas Gerais de Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde

Art. 2º São políticas gerais de promoção, proteção e recuperação da Saúde:

- I - Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), na forma do Anexo I;
- II - Política Nacional de Vigilância em Saúde;
- III - Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados, instituída pela Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001;
- IV - Política de Saúde Mental, instituída pela Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, na forma do Anexo II;
- V - Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), na forma do Anexo III;
- VI - Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, instituída pelo Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006, na forma do Anexo IV;
- VII - Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS), na forma do Anexo V.

Seção II

Das Políticas de Controle de Doenças e Enfrentamento de Agravos de Saúde

Art. 3º São políticas de controle de doenças e enfrentamento de agravos de saúde:

- I - Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública, na forma do Anexo VI;
- II - Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, na forma do Anexo VII;
- III - Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, na forma do Anexo VIII;

IV - Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC), na forma do Anexo IX.

Seção III

Das Políticas Voltadas à Saúde de Segmentos Populacionais

Art. 4º São políticas voltadas à saúde de segmentos populacionais:

I - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), na forma do Anexo X;

II - Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde;

III - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, na forma do Anexo XI;

IV - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PNAISM);

V - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, na forma do Anexo XII;

VI - Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, na forma do Anexo XIII;

VII - Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, na forma do Anexo XIV;

VIII - Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, na forma do Anexo XV;

IX - Política Nacional para a População em Situação de Rua, instituída pelo Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, na forma do Anexo XVI;

X - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória, na forma do Anexo XVII;

XI - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional no Âmbito do SUS (PNAISP), instituída pela Portaria Interministerial MS- MJ nº 1, de 2 de janeiro de 2014, na forma do Anexo XVIII.

Seção IV

Das Políticas de Promoção da Equidade em Saúde

Art. 5º São políticas de promoção da equidade em saúde:

I - Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, na forma do Anexo XIX;

II - Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA), na forma do Anexo XX;

III - Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, na forma do Anexo XXI.

CAPÍTULO II

DAS POLÍTICAS DE ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

Seção I

Das Políticas Gerais de Organização da Atenção à Saúde

Art. 6º São políticas gerais de organização da atenção à saúde:

I - Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), na forma do Anexo XXII;

II - Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente), instituída por pactuação da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de 12 de fevereiro de 2004;

III - Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte, na forma do Anexo XXIII;

IV - Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), na forma do Anexo XXIV;

V - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), na forma do Anexo XXV;

VI - Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde, na forma do Anexo XXVI;

VII - Política Nacional de Medicamentos (PNM), na forma do Anexo XXVII;

VIII - Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), instituída pela Resolução CNS nº 338, de 6 de maio de 2004, na forma do Anexo XXVIII.

Seção II

Das Políticas de Atenção a Agravos Específicos

Art. 7º São políticas de atenção a agravos específicos:

I - Política de Atenção à Saúde das Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo no âmbito da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, instituída pela Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012, na forma do Anexo XXIX;

II - Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, na forma do Anexo XXX;

III - Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade, na forma do Anexo XXXI;

IV - Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica, na forma do Anexo XXXII;

V - Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, na forma do Anexo XXXIII;

VI - Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia, na forma do Anexo XXXIV;

VII - Política Nacional de Atenção em Oftalmologia (PNAO), na forma do Anexo XXXV;

VIII - Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias, na forma do Anexo XXXVI;

IX - Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica, na forma do Anexo XXXVII;

X - Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, na forma do Anexo XXXVIII.

CAPÍTULO III

DAS POLÍTICAS DE ORGANIZAÇÃO DO SUS

Art. 8º São políticas de organização do Sistema Único de Saúde (SUS):

I - Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS), na forma do Anexo XXXIX;

II - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, na forma do Anexo XL;

III - Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, aprovada na 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, realizada em 2004, e na 147ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde, realizada em 6 e 7 de outubro de 2004;

IV - Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde, na forma do Anexo XLI;

V - Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), na forma do Anexo XLII.

CAPÍTULO IV DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 9º Ficam revogadas, por consolidação, as seguintes normas:

I - Portaria nº 2446/GM/MS, de 11 de novembro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 13 de novembro de 2014, p. 68;

II - Portaria nº 227/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2016, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 22 de fevereiro de 2016, p. 25;

III - Portaria nº 3796/GM/MS, de 6 de dezembro de 2010, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 8 de dezembro de 2010, p. 43;

IV - Portaria nº 1608/GM/MS, de 3 de agosto de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 4 de agosto de 2004, p. 28;

V - Portaria nº 2715/GM/MS, de 17 de novembro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 18 de novembro de 2011, p. 89;

VI - Portaria nº 1920/GM/MS, de 5 de setembro de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 6 de setembro de 2013, p. 64;

VII - Portaria nº 2193/GM/MS, de 14 de setembro de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 15 de setembro de 2006, p. 47;

VIII - Portaria nº 2415/GM/MS, de 12 de dezembro de 1996, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 19 de dezembro de 1996, p. 96;

IX - Portaria nº 1793/GM/MS, de 11 de agosto de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 12 de agosto de 2009, p. 88;

X - Portaria nº 1102/GM/MS, de 12 de maio de 2010, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 13 de maio de 2010, p. 59;

XI - Portaria nº 2761/GM/MS, de 19 de novembro de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 20 de novembro de 2013, p. 62;

XII - Portaria nº 1256/GM/MS, de 17 de junho de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 18 de junho de 2009, p. 41;

XIII - Portaria nº 149/GM/MS, de 3 de fevereiro de 2016, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 4 de fevereiro de 2016, p. 45;

XIV - Portaria nº 737/GM/MS, de 16 de maio de 2001, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 18 de maio de 2001, p. 3;

XV - Portaria nº 1876/GM/MS, de 14 de agosto de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 15 de agosto de 2006, p. 65;

XVI - Portaria nº 874/GM/MS, de 16 de maio de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 17 de maio de 2013, p. 129;

XVII - Portaria nº 1472/GM/MS, de 24 de junho de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 27 de junho de 2011, p. 119;

XVIII - Portaria nº 558/GM/MS, de 24 de março de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 25 de março de 2011, p. 83;

XIX - Portaria nº 876/GM/MS, de 16 de maio de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 17 de maio de 2013, p. 135;

XX - Portaria nº 1130/GM/MS, de 5 de agosto de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 6 de agosto de 2015, p. 37;

XXI - Portaria nº 1968/GM/MS, de 25 de outubro de 2001, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 26 de outubro de 2001, p. 86;

XXII - Portaria nº 1683/GM/MS, de 12 de julho de 2007, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 13 de julho de 2007, p. 84;

XXIII - arts. 4º a 12, 15 e 16 da Portaria nº 1153/GM/MS, de 22 de maio de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 28 de maio de 2014, p. 43;

XXIV - Portaria nº 1058/GM/MS, de 4 de julho de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 5 de julho de 2005, p. 41;

XXV - Portaria nº 964/GM/MS, de 23 de junho de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 24 de junho de 2005, p. 74;

XXVI - Portaria nº 1258/GM/MS, de 28 de junho de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 29 de junho de 2004, p. 27;

XXVII - Portaria nº 2261/GM/MS, de 23 de novembro de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 24 de novembro de 2005, p. 70;

XXVIII - Portaria nº 2528/GM/MS, de 19 de outubro de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 20 de outubro de 2006, p. 142;

XXIX - Portaria nº 280/GM/MS, de 7 de abril de 1999, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 8 de abril de 1999, p. 14;

XXX - Portaria nº 1944/GM/MS, de 27 de agosto de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 28 de agosto de 2009, p. 61;

XXXI - Portaria nº 1060/GM/MS, de 5 de junho de 2002, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 10 de junho de 2002, p. 21;

XXXII - Portaria nº 254/GM/MS, de 31 de janeiro de 2002, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 6 de fevereiro de 2002, p. 46;

XXXIII - Portaria nº 70/GM/MS, de 20 de janeiro de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 22 de janeiro de 2004, p. 54;

XXXIV - Portaria nº 2759/GM/MS, de 25 de outubro de 2007, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 26 de outubro de 2007, p. 60;

XXXV - Portaria nº 69/GM/MS, de 20 de janeiro de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 22 de janeiro de 2004, p. 54;

XXXVI - Portaria nº 645/GM/MS, de 27 de março de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 29 de março de 2006, p. 70;

XXXVII - Portaria nº 1823/GM/MS, de 23 de agosto de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 24 de agosto de 2012, p. 46;

XXXVIII - arts. 1º a 7º, 9º a 11 da Portaria nº 122/GM/MS, de 25 de janeiro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 26 de janeiro de 2012, p. 46;

XXXIX - Portaria nº 123/GM/MS, de 25 de janeiro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 26 de janeiro de 2012, p. 48;

XL - Portaria nº 3305/GM/MS, de 24 de dezembro de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 28 de dezembro de 2009, p. 28;

XLI - Portaria nº 1082/GM/MS, de 23 de maio de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 26 de maio de 2014, p. 60;

XLII - arts. 3º a 6º da Portaria nº 1083/GM/MS, de 23 de maio de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 26 de maio de 2014, p. 62;

XLIII - arts. 1º a 3º, 6º, 8º, 9º e 13 da Portaria nº 482/GM/MS, de 1 de abril de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 2 de abril de 2014, p. 48;

XLIV - Portaria nº 2613/GM/MS, de 19 de novembro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 20 de novembro de 2012, p. 25;

XLV - Portaria nº 94/GM/MS, de 14 de janeiro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 15 de janeiro de 2014, p. 37;

XLVI - Portaria nº 992/GM/MS, de 13 de maio de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 14 de maio de 2009, p. 31;

XLVII - art. 1º da Portaria nº 2629/GM/MS, de 27 de novembro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 28 de novembro de 2014, p. 131;

XLVIII - Portaria nº 1063/GM/MS, de 23 de julho de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 24 de julho de 2015, p. 39;

XLIX - Portaria nº 2866/GM/MS, de 2 de dezembro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 5 de dezembro de 2011, p. 93;

L - Portaria nº 3071/GM/MS, de 27 de dezembro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 28 de dezembro de 2012, p. 109;

LI - Portaria nº 2836/GM/MS, de 1 de dezembro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 2 de dezembro de 2011, p. 35;

LII - Portaria nº 2837/GM/MS, de 1 de dezembro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 2 de dezembro de 2011, p. 36;

LIII - arts. 1º a 12, 15 e 16 da Portaria nº 2803/GM/MS, de 19 de novembro de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 21 de novembro de 2013, p. 25;

LIV - Portaria nº 2436/GM/MS, de 21 de setembro de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 22 de setembro de 2017, p. 68;

LV - Portaria nº 2887/GM/MS, de 20 de dezembro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 21 de dezembro de 2012, p. 747;

LVI - Portaria nº 3124/GM/MS, de 28 de dezembro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 31 de dezembro de 2012, p. 223;

LVII - Portaria nº 837/GM/MS, de 9 de maio de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 12 de maio de 2014, p. 24;

LVIII - Portaria nº 1591/GM/MS, de 23 de julho de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 24 de julho de 2012, p. 31;

LIX - Portaria nº 1377/GM/MS, de 13 de junho de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 14 de junho de 2011, p. 45;

LX - Portaria nº 3147/GM/MS, de 28 de dezembro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 31 de dezembro de 2012, p. 231;

LXI - Portaria nº 1007/GM/MS, de 4 de maio de 2010, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 5 de maio de 2010, p. 36;

LXII - Portaria nº 3238/GM/MS, de 18 de dezembro de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 23 de dezembro de 2009, p. 61;

LXIII - Portaria nº 1044/GM/MS, de 1 de junho de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 2 de junho de 2004, p. 42;

LXIV - Portaria nº 852/GM/MS, de 7 de junho de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 10 de junho de 2005, p. 72;

LXV - Portaria nº 1955/GM/MS, de 23 de agosto de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 24 de agosto de 2006, p. 80;

LXVI - Portaria nº 3390/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 31 de dezembro de 2013, p. 54;

LXVII - Portaria nº 582/GM/MS, de 20 de junho de 2000, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 23 de junho de 2000, p. 36;

LXVIII - Portaria nº 44/GM/MS, de 10 de janeiro de 2001, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 12 de janeiro de 2001, p. 27;

LXIX - Portaria nº 3410/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 3 de janeiro de 2014, p. 21;

LXX - Portaria nº 971/GM/MS, de 3 de maio de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 4 de maio de 2006, p. 20;

LXXI - Portaria nº 1600/GM/MS, de 17 de julho de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 18 de julho de 2006, p. 65;

LXXII - Portaria nº 849/GM/MS, de 27 de março de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 28 de março de 2017, p. 68;

LXXIII - Portaria nº 1559/GM/MS, de 1 de agosto de 2008, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 4 de agosto de 2008, p. 48;

LXXXIV - Portaria nº 2309/GM/MS, de 19 de dezembro de 2001, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 21 de dezembro de 2001, p. 339;

LXXXV - Portaria nº 3916/GM/MS, de 30 de outubro de 1998, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 10 de novembro de 1998, p. 18;

LXXXVI - Portaria nº 533/GM/MS, de 28 de março de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 29 de março de 2012, p. 96;

LXXXVII - Portaria nº 4004/GM/MS, de 16 de dezembro de 2010, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 17 de dezembro de 2010, p. 109;

LXXXVIII - Portaria nº 4283/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 31 de dezembro de 2010, p. 94;

LXXXIX - Portaria nº 736/GM/MS, de 2 de maio de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 5 de maio de 2014, p. 38;

LXXX - Portaria nº 3031/GM/MS, de 16 de dezembro de 2008, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 17 de dezembro de 2008, p. 66;

LXXXI - Portaria nº 1000/GM/MS, de 13 de abril de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 17 de abril de 2017, p. 29;

LXXXII - Portaria nº 1653/GM/MS, de 11 de agosto de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 12 de agosto de 2004, p. 53;

LXXXIII - Portaria nº 1652/GM/MS, de 11 de agosto de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 12 de agosto de 2004, p. 52;

LXXXIV - Portaria nº 834/GM/MS, de 14 de maio de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 15 de maio de 2013, p. 34;

LXXXV - Portaria nº 2928/GM/MS, de 12 de dezembro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 13 de dezembro de 2011, p. 65;

LXXXVI - arts. 1º, 2º, 5º a 13, 15 a 17 da Portaria nº 1555/GM/MS, de 30 de julho de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 31 de julho de 2013, p. 71;

LXXXVII - arts. 1º a 17, 22 a 65, 80 a 84 da Portaria nº 1554/GM/MS, de 30 de julho de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 31 de julho de 2013, p. 69;

LXXXVIII - Portaria nº 962/GM/MS, de 22 de maio de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 23 de maio de 2013, p. 62;

LXXXIX - Portaria nº 426/GM/MS, de 22 de março de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 23 de março de 2005, p. 22;

XC - Portaria nº 1169/GM/MS, de 15 de junho de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 17 de junho de 2004, p. 57;

XCI - Portaria nº 1161/GM/MS, de 7 de julho de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 8 de julho de 2005, p. 35;

XCII - Portaria nº 1168/GM/MS, de 15 de junho de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 17 de junho de 2004, p. 56;

XCIII - Portaria nº 221/GM/MS, de 15 de fevereiro de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 16 de fevereiro de 2005, p. 22;

XCIV - Portaria nº 1883/GM/MS, de 14 de julho de 2010, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 15 de julho de 2010, p. 71;

XCv - Portaria nº 2387/GM/MS, de 19 de setembro de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 22 de setembro de 2017, p. 56;

XCvI - Portaria nº 957/GM/MS, de 15 de maio de 2008, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 16 de maio de 2008, p. 43;

XCvII - Portaria nº 1391/GM/MS, de 16 de agosto de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 18 de agosto de 2005, p. 40;

XCvIII - Portaria nº 81/GM/MS, de 20 de janeiro de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 21 de janeiro de 2009, p. 50;

XCIX - arts. 1º a 21, 28 a 38, 38-A, 39 a 43 da Portaria nº 199/GM/MS, de 30 de janeiro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 12 de fevereiro de 2014, p. 44;

C - Portaria nº 3027/GM/MS, de 26 de novembro de 2007, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 27 de novembro de 2007, p. 45;

CI - Portaria nº 598/GM/MS, de 23 de março de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 24 de março de 2006, p. 51;

CII - Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 16 de fevereiro de 2004, p. 37;

CIII - arts. 1º a 16, 20 a 22 da Portaria nº 1996/GM/MS, de 20 de agosto de 2007, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 22 de agosto de 2007, p. 34;

CIV - Portaria nº 1055/GM/MS, de 4 de julho de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 2, de 6 de julho de 2005, p. 29;

CV - Portaria nº 1325/GM/MS, de 27 de maio de 2010, publicada no Diário Oficial da União, Seção 2, de 28 de maio de 2010, p. 51;

CVI - Portaria nº 827/GM/MS, de 5 de maio de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 6 de maio de 2004, p. 32;

CVII - Portaria nº 174/GM/MS, de 27 de janeiro de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 30 de janeiro de 2006, p. 75;

CVIII - Portaria nº 1578/GM/MS, de 29 de setembro de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 30 de setembro de 2015, p. 63;

CIX - Portaria nº 2690/GM/MS, de 5 de novembro de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 6 de novembro de 2009, p. 61;

CX - Portaria nº 589/GM/MS, de 20 de maio de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 22 de maio de 2015, p. 72.

Art. 10. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

RICARDO BARROS

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
Centro de Documentação
ctd@saude.sp.gov.br

ANEXO I

Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (Origem: PRT MS/GM 2446/2014)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 1º)

CAPÍTULO I

DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Art. 2º A PNPS traz em sua base o conceito ampliado de saúde e o referencial teórico da promoção da saúde como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial, pela formação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 2º)

Art. 3º São valores fundantes no processo de efetivação da PNPS: (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 3º)

I - a solidariedade, entendida como as razões que fazem sujeitos e coletivos nutrirem solicitude para com o próximo, nos momentos de divergências ou dificuldades, construindo visão e metas comuns, apoiando a resolução das diferenças, contribuindo para melhorar a vida das pessoas e para formar redes e parcerias; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 3º, I)

II - a felicidade, enquanto autopercepção de satisfação, construída nas relações entre sujeitos e coletivos, que contribui na capacidade de decidir como aproveitar a vida e como se tornar ator participe na construção de projetos e intervenções comuns para superar dificuldades individuais e coletivas a partir do reconhecimento de potencialidades; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 3º, II)

III - a ética, a qual pressupõe condutas, ações e intervenções sustentadas pela valorização e defesa da vida, sendo pautadas para o bem comum, com dignidade e solidariedade; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 3º, III)

IV - o respeito às diversidades, que reconhece, respeita e explicita as diferenças entre sujeitos e coletivos, abrangendo as diversidades étnicas, etárias, de capacidade, de gênero, de orientação sexual, entre territórios e regiões geográficas, dentre outras formas e tipos de diferenças que influenciam ou interferem nas condições e determinações da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 3º, IV)

V - a humanização, enquanto elemento para a evolução do homem, por meio da interação com o outro e seu meio, com a valorização e aperfeiçoamento de aptidões que promovam condições melhores e mais humanas, construindo práticas pautadas na integralidade do cuidado e da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 3º, V)

VI - a corresponsabilidade, enquanto responsabilidades partilhadas entre pessoas ou coletivo, onde duas ou mais pessoas compartilham obrigações e/ou compromissos; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 3º, VI)

VII - a justiça social, enquanto necessidade de alcançar repartição equitativa dos bens sociais, respeitados os direitos humanos, de modo que as classes sociais mais desfavorecidas contem com oportunidades de desenvolvimento; e (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 3º, VII)

VIII - a inclusão social, que pressupõe ações que garantam o acesso aos benefícios da vida em sociedade para todas as pessoas, de forma equânime e participativa, visando à redução das iniquidades. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 3º, VIII)

Art. 4º A PNPS adota como princípios: (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 4º)

I - a equidade, quando baseia as práticas e as ações de promoção de saúde, na distribuição igualitária de oportunidades, considerando as especificidades dos indivíduos e dos grupos; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 4º, I)

II - a participação social, quando as intervenções consideram a visão de diferentes atores, grupos e coletivos na identificação de problemas e solução de necessidades, atuando como corresponsáveis no processo de planejamento, de execução e de avaliação das ações; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 4º, II)

III - a autonomia, que se refere à identificação de potencialidades e ao desenvolvimento de capacidades, possibilitando escolhas conscientes de sujeitos e comunidades sobre suas ações e trajetórias; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 4º, III)

IV - o empoderamento, que se refere ao processo de intervenção que estimula os sujeitos e coletivos a adquirirem o controle das decisões e das escolhas de modos de vida adequado às suas condições sócio-econômico-culturais; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 4º, IV)

V - a intersetorialidade, que se refere ao processo de articulação de saberes, potencialidades e experiências de sujeitos, grupos e setores na construção de intervenções compartilhadas, estabelecendo vínculos, corresponsabilidade e cogestão para objetivos comuns; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 4º, V)

VI - a intrassetorialidade, que diz respeito ao exercício permanente da desfragmentação das ações e serviços ofertados por um setor, visando à construção e articulação de redes cooperativas e resolutivas; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 4º, VI)

VII - a sustentabilidade, que diz respeito à necessidade de permanência e continuidade de ações e intervenções, levando em conta as dimensões política, econômica, social, cultural e ambiental; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 4º, VII)

VIII - a integralidade, quando as intervenções são pautadas no reconhecimento da complexidade, potencialidade e singularidade de indivíduos, grupos e coletivos, construindo processos de trabalho articulados e integrais; e (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 4º, VIII)

IX - a territorialidade, que diz respeito à atuação que considera as singularidades e especificidades dos diferentes territórios no planejamento e desenvolvimento de ações intra e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde neles inseridos, de forma equânime. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 4º, IX)

Art. 5º São diretrizes da PNPS: (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 5º)

I - o estímulo à cooperação e à articulação intra e intersetorial para ampliar a atuação sobre determinantes e condicionantes da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 5º, I)

II - o fomento ao planejamento de ações territorializadas de promoção da saúde, com base no reconhecimento de contextos locais e respeito às diversidades, para favorecer a construção de espaços de produção social, ambientes saudáveis e a busca da equidade, da garantia dos direitos humanos e da justiça social; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 5º, II)

III - incentivo à gestão democrática, participativa e transparente, para fortalecer a participação, o controle social e a corresponsabilidade de sujeitos, coletividades, instituições e esferas governamentais e sociedade civil; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 5º, III)

IV - ampliação da governança no desenvolvimento de ações de promoção da saúde que sejam sustentáveis nas dimensões política, social, cultural, econômica e ambiental; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 5º, IV)

V - estímulo à pesquisa, à produção e à difusão de experiências, conhecimentos e evidências que apoiem a tomada de decisão, a autonomia, o empoderamento coletivo e a construção compartilhada de ações de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 5º, V)

VI - apoio à formação e à educação permanente em promoção da saúde para ampliar o compromisso e a capacidade crítica e reflexiva dos gestores e trabalhadores de saúde, bem como o incentivo ao aperfeiçoamento de habilidades individuais e coletivas, para fortalecer o desenvolvimento humano sustentável; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 5º, VI)

VII - incorporação das intervenções de promoção da saúde no modelo de atenção à saúde, especialmente no cotidiano dos serviços de atenção básica em saúde, por meio de ações intersetoriais; e (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 5º, VII)

VIII - organização dos processos de gestão e planejamento das variadas ações intersetoriais, como forma de fortalecer e promover a implantação da PNPS na RAS, de modo transversal e integrado, compondo compromissos e corresponsabilidades para reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde vinculados aos determinantes sociais. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 5º, VIII)

Art. 6º A PNPS tem por objetivo geral promover a equidade e a melhoria das condições e modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e da saúde coletiva, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 6º)

Art. 7º São objetivos específicos da PNPS: (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 7º)

I - estimular a promoção da saúde como parte da integralidade do cuidado na RAS, articulada às demais redes de proteção social; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 7º, I)

II - contribuir para a adoção de práticas sociais e de saúde centradas na equidade, na participação e no controle social, visando reduzir as desigualdades sistemáticas, injustas e evitáveis, com respeito às diferenças de classe social, de gênero, de orientação sexual e identidade de gênero, entre gerações, étnico-raciais, culturais, territoriais e relacionadas às pessoas com deficiências e necessidades especiais; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 7º, II)

III - favorecer a mobilidade humana e a acessibilidade e o desenvolvimento seguro, saudável e sustentável; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 7º, III)

IV - promover a cultura da paz em comunidades, territórios e municípios; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 7º, IV)

V - apoiar o desenvolvimento de espaços de produção social e ambientes saudáveis, favoráveis ao desenvolvimento humano e ao bem viver; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 7º, V)

VI - valorizar os saberes populares e tradicionais e as práticas integrativas e complementares; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 7º, VI)

VII - promover o empoderamento e a capacidade para tomada de decisão e a autonomia de sujeitos e coletividades por meio do desenvolvimento de habilidades pessoais e de competências em promoção e defesa da saúde e da vida; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 7º, VII)

VIII - promover processos de educação, formação profissional e capacitação específicas em promoção da saúde, de acordo com os princípios e valores da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), para trabalhadores, gestores e cidadãos; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 7º, VIII)

IX - estabelecer estratégias de comunicação social e mídia direcionadas ao fortalecimento dos princípios e ações em promoção da saúde e à defesa de políticas públicas saudáveis; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 7º, IX)

X - estimular a pesquisa, produção e difusão de conhecimentos e estratégias inovadoras no âmbito das ações de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 7º, X)

XI - promover meios para a inclusão e qualificação do registro de atividades de promoção da saúde e da equidade nos sistemas de informação e inquéritos, permitindo análise, monitoramento, avaliação e financiamento das ações; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 7º, XI)

XII - fomentar discussões sobre modos de consumo e produção que estejam em conflito de interesses com os princípios e valores da promoção da saúde e que aumentem vulnerabilidades e riscos à saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 7º, XII)

XIII - contribuir para a articulação de políticas públicas inter e intrassetoriais com as agendas nacionais e internacionais. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 7º, XIII)

Art. 8º São temas transversais da PNPS, entendidos como referências para a formação de agendas de promoção da saúde, para adoção de estratégias e temas prioritários, operando em consonância com os princípios e valores do SUS e da PNPS: (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 8º)

I - Determinantes Sociais da Saúde (DSS), equidade e respeito à diversidade, que significa identificar as diferenças nas condições e nas oportunidades de vida, buscando alocar recursos e esforços para a redução das desigualdades injustas e evitáveis, por meio do diálogo entre os saberes técnicos e populares; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 8º, I)

II - desenvolvimento sustentável, que se refere a dar visibilidade aos modos de consumo e produção relacionados com o tema priorizado, mapeando possibilidades de intervir naqueles que sejam deletérios à saúde, adequando tecnologias e potencialidades de acordo com especificidades locais, sem comprometer as necessidades futuras; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 8º, II)

III - produção de saúde e cuidado, que representa a incorporação do tema na lógica de redes que favoreçam práticas de cuidado humanizadas, pautadas nas necessidades locais, que reforcem a ação comunitária, a participação e o controle social e que promovam o reconhecimento e o diálogo entre as diversas formas do saber popular, tradicional e científico, construindo práticas pautadas na integralidade do cuidado e da saúde, significando, também, a vinculação do tema a uma concepção de saúde ampliada, considerando o papel e a organização dos diferentes setores e atores que, de forma integrada e articulada por meio de objetivos comuns, atuem na promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 8º, III)

IV - ambientes e territórios saudáveis, que significa relacionar o tema priorizado com os ambientes e os territórios de vida e de trabalho das pessoas e das coletividades, identificando oportunidades de inclusão da promoção da saúde nas ações e atividades desenvolvidas, de maneira participativa e dialógica; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 8º, IV)

V - vida no trabalho, que compreende a interrelação do tema priorizado com o trabalho formal e não formal e com os setores primário, secundário e terciário da economia, considerando os espaços urbano e rural, e identificando oportunidades de operacionalização na lógica da promoção da saúde para ações e atividades desenvolvidas nos distintos locais, de maneira participativa e dialógica; e (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 8º, V)

VI - cultura da paz e direitos humanos, que consiste em criar oportunidades de convivência, de solidariedade, de respeito à vida e de fortalecimento de vínculos, desenvolvendo tecnologias sociais que favoreçam a mediação de conflitos diante de situações de tensão social, garantindo os direitos humanos e as liberdades fundamentais, reduzindo as violências e construindo práticas solidárias e da cultura de paz. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 8º, VI)

Art. 9º São Eixos Operacionais da PNPS, entendidos como estratégias para concretizar ações de promoção da saúde, respeitando-se valores, princípios, diretrizes e objetivos: (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 9º)

I - territorialização, enquanto estratégia operacional: (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 9º, I)

a) reconhece a regionalização como diretriz do SUS e como eixo estruturante para orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e para organizar a RAS; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 9º, I, a)

b) considera a abrangência das regiões de saúde e sua articulação com os equipamentos sociais nos territórios; e (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 9º, I, b)

c) observa as pactuações interfederativas, a definição de parâmetros de escala e acesso e a execução de ações que identifiquem singularidades territoriais para o desenvolvimento de políticas, programas e intervenções, ampliando as ações de promoção à saúde e contribuindo para fortalecer identidades regionais. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 9º, I, c)

II - articulação e cooperação intra e intersetorial, entendidas como compartilhamento de planos, metas, recursos e objetivos comuns entre os diferentes setores e entre diferentes áreas do mesmo setor; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 9º, II)

III - RAS, enquanto estratégia operacional necessita: (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 9º, III)

a) transversalizar a promoção na RAS, favorecendo práticas de cuidado humanizadas, pautadas nas necessidades locais, na integralidade do cuidado, articulando com todos os equipamentos de produção da saúde do território; e (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 9º, III, a)

b) articular com as demais redes de proteção social, vinculando o tema a uma concepção de saúde ampliada, considerando o papel e a organização dos diferentes setores e atores, que, de forma integrada e articulada por meio de objetivos comuns, atuem na promoção da saúde. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 9º, III, b)

IV - participação e controle social, que compreende a ampliação da representação e da inclusão de sujeitos na elaboração de políticas públicas e nas decisões relevantes que afetam a vida dos indivíduos, da comunidade e dos seus contextos; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 9º, IV)

V - gestão, entendida como a necessidade de priorizar os processos democráticos e participativos de regulação e controle, planejamento, monitoramento, avaliação, financiamento e comunicação; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 9º, V)

VI - educação e formação, enquanto incentivo à atitude permanente de aprendizagem sustentada em processos pedagógicos problematizadores, dialógicos, libertadores, emancipatórios e críticos; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 9º, VI)

VII - vigilância, monitoramento e avaliação, enquanto uso de múltiplas abordagens na geração e análise de informações sobre as condições de saúde de sujeitos e grupos populacionais, visando subsidiar decisões, intervenções e implantar políticas públicas de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 9º, VII)

VIII - produção e disseminação de conhecimentos e saberes, enquanto estímulo a uma atitude reflexiva e resolutiva sobre problemas, necessidades e potencialidades dos coletivos em cogestão, compartilhando e divulgando os resultados de maneira ampla com a coletividade; e (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 9º, VIII)

IX - comunicação social e mídia, enquanto uso das diversas expressões comunicacionais, formais e populares, para favorecer a escuta e a vocalização dos distintos grupos envolvidos, contemplando informações sobre o planejamento, execução, resultados, impactos, eficiência, eficácia, efetividade e benefícios das ações. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 9º, IX)

Art. 10. São temas prioritários da PNPS, evidenciados pelas ações de promoção da saúde realizadas e compatíveis com o Plano Nacional de Saúde, pactos interfederativos e planejamento estratégico do Ministério da Saúde, bem como acordos internacionais firmados pelo governo brasileiro, em permanente diálogo com as demais políticas, com os outros setores e com as especificidades sanitárias: (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 10)

I - formação e educação permanente, que compreende mobilizar, sensibilizar e promover capacitações para gestores, trabalhadores da saúde e de outros setores para o desenvolvimento de ações de educação em promoção da saúde e incluí-la nos espaços de educação permanente; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 10, I)

II - alimentação adequada e saudável, que compreende promover ações relativas à alimentação adequada e saudável, visando à promoção da saúde e à segurança alimentar e nutricional, contribuindo com as ações e metas de redução da pobreza, com a inclusão social e com a garantia do direito humano à alimentação adequada e saudável; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 10, II)

III - práticas corporais e atividades físicas, que compreende promover ações, aconselhamento e divulgação de práticas corporais e atividades físicas, incentivando a melhoria das condições dos espaços públicos, considerando a cultura local e incorporando brincadeiras, jogos, danças populares, dentre outras práticas; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 10, III)

IV - enfrentamento do uso do tabaco e seus derivados, que compreende promover, articular e mobilizar ações para redução e controle do uso do tabaco, incluindo ações educativas, legislativas, econômicas, ambientais, culturais e sociais; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 10, IV)

V - enfrentamento do uso abusivo de álcool e outras drogas, que compreende promover, articular e mobilizar ações para redução do consumo abusivo de álcool e outras drogas, com a responsabilização e autonomia da população,

incluindo ações educativas, legislativas, econômicas, ambientais, culturais e sociais; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 10, V)

VI - promoção da mobilidade segura, que compreende: (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 10, VI)

a) buscar avançar na articulação intersetorial e intrasetorial, envolvendo a vigilância em saúde, a atenção básica e as redes de urgência e emergência do território na produção do cuidado e na redução da morbimortalidade decorrente do trânsito; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 10, VI, a)

b) orientar ações integradas e intersetoriais nos territórios, incluindo saúde, educação, trânsito, fiscalização, ambiente e demais setores envolvidos, além da sociedade, visando definir um planejamento integrado, parcerias, atribuições, responsabilidades e especificidades de cada setor para a promoção da mobilidade segura; e (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 10, VI, b)

c) avançar na promoção de ações educativas, legislativas, econômicas, ambientais, culturais e sociais, fundamentadas em informação qualificada e em planejamento integrado, que garantam o trânsito seguro, a redução de morbimortalidade e a paz no trânsito. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 10, VI, c)

VII - promoção da cultura da paz e de direitos humanos, que compreende promover, articular e mobilizar ações que estimulem a convivência, a solidariedade, o respeito à vida e o fortalecimento de vínculos, para o desenvolvimento de tecnologias sociais que favoreçam a mediação de conflitos, o respeito às diversidades e diferenças de gênero, de orientação sexual e identidade de gênero, entre gerações, étnico-raciais, culturais, territoriais, de classe social e relacionada às pessoas com deficiências e necessidades especiais, garantindo os direitos humanos e as liberdades fundamentais, articulando a RAS com as demais redes de proteção social, produzindo informação qualificada e capaz de gerar intervenções individuais e coletivas, contribuindo para a redução das violências e para a cultura de paz; e (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 10, VII)

VIII - promoção do desenvolvimento sustentável, que compreende promover, mobilizar e articular ações governamentais, não governamentais, incluindo o setor privado e a sociedade civil, nos diferentes cenários, como cidades, campo, floresta, águas, bairros, territórios, comunidades, habitações, escolas, igrejas, empresas e outros, permitindo a interação entre saúde, meio ambiente e desenvolvimento sustentável na produção social da saúde em articulação com os demais temas prioritários. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 10, VIII)

Art. 11. Compete às esferas federal, estaduais, do Distrito Federal e municipais do SUS: (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 11)

I - divulgar a PNPS, fortalecendo seus valores e princípios; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 11, I)

II - estabelecer parcerias, promovendo a articulação intersetorial e intrasetorial; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 11, II)

III - contribuir para a reorientação do modelo de atenção à saúde com base nos valores, princípios e diretrizes da PNPS; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 11, III)

IV - fomentar normas e regulamentos para o desenvolvimento seguro, saudável e sustentável em ambientes, comunidades, municípios e territórios; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 11, IV)

V - fortalecer a participação e o controle social e as instâncias de gestão democrática e participativa, enquanto mecanismo de implementação da PNPS; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 11, V)

VI - construir mecanismos de identificação das potencialidades e das vulnerabilidades para subsidiar o fortalecimento da equidade; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 11, VI)

VII - definir prioridades, objetivos, estratégias e metas nas instâncias colegiadas e intergestores para implementação de programas, planos, projetos e ações de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 11, VII)

VIII - estabelecer instrumentos e indicadores de gestão, planejamento, monitoramento e avaliação; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 11, VIII)

IX - promover a alocação de recursos orçamentários e financeiros para a implementação da PNPS; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 11, IX)

X - promover o intercâmbio de experiências e o desenvolvimento de estudos e pesquisas que visem o aperfeiçoamento e a disseminação de tecnologias e conhecimentos voltados para a promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 11, X)

XI - desenvolver estratégias e mecanismos organizacionais de qualificação e valorização da força de trabalho da saúde, estimulando processos de formação e educação permanente voltados para a efetivação da PNPS; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 11, XI)

XII - estimular as iniciativas e ações de promoção de saúde, bem como a produção de dados e divulgação de informações; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 11, XII)

XIII - incluir a promoção da saúde nos Planos de Saúde e nas Programações Anuais de Saúde em conformidade com os instrumentos de planejamento e gestão do SUS, para implementação da PNPS, considerando as especificidades locais; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 11, XIII)

XIV - articular a inserção das ações voltadas à promoção da saúde nos sistemas de informação do SUS e outros; e (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 11, XIV)

XV - viabilizar parcerias com organismos internacionais, com organizações governamentais, não governamentais, incluindo o setor privado e sociedade civil, para o fortalecimento da promoção da saúde no País. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 11, XV)

Art. 12. Compete ao Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 12)

I - promover a articulação com os estados e municípios para apoio à implantação e implementação da PNPS; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 12, I)

II - pactuar na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) os temas prioritários e o financiamento da PNPS; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 12, II)

III - apoiar a implementação da PNPS, considerando o perfil epidemiológico e as necessidades em saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 12, III)

IV - viabilizar mecanismos para cofinanciamento de planos, projetos e programas de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 12, IV)

V - incorporar ações de Promoção da Saúde aos Planos Plurianual e Nacional de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 12, V)

VI - apresentar no Conselho Nacional de Saúde estratégias, programas, planos e projetos de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 12, VI)

VII - institucionalizar e manter em funcionamento o Comitê da PNPS, em conformidade com os seus princípios e diretrizes; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 12, VII)

VIII - realizar apoio institucional às Secretarias de Saúde Estaduais, do Distrito Federal e Municipais, visando à implantação, implementação e consolidação da PNPS; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 12, VIII)

IX - apoiar e produzir a elaboração de materiais de divulgação, visando socializar informações e ações de promoção da saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 12, IX)

X - estimular, monitorar e avaliar os processos, programas, projetos e ações de promoção da saúde. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 12, X)

Art. 13. Compete às Secretarias Estaduais de Saúde: (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 13)

I - promover a articulação com os municípios para apoio à implantação e implementação da PNPS; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 13, I)

II - pactuar nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Comissões Intergestores Regionais (CIR) as estratégias, diretrizes, metas, temas prioritários e financiamento das ações de implantação e implementação da PNPS; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 13, II)

III - implantar e implementar a PNPS na RAS, no âmbito de seu território, respeitando suas diretrizes e promovendo adequações às especificidades locais; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 13, III)

IV - apresentar no Conselho Estadual de Saúde estratégias, programas, planos e projetos de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 13, IV)

V - incorporar ações de Promoção da Saúde nos Planos Plurianual e Estadual de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 13, V)

VI - alocar recursos orçamentários e financeiros para a implantação e implementação da PNPS; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 13, VI)

VII - realizar apoio institucional às secretarias municipais e regiões de saúde no processo de implantação, implementação e consolidação da PNPS; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 13, VII)

VIII - realizar o monitoramento e avaliação de programas, projetos e ações de promoção da saúde no âmbito estadual e distrital; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 13, VIII)

IX - apoiar e elaborar materiais de divulgação visando à socialização da informação e à divulgação de programas, planos, projetos e ações de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 13, IX)

X - promover cooperação, espaços de discussão e trocas de experiências e conhecimentos sobre a promoção da saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 13, X)

XI - apoiar e promover a execução de programas, planos, projetos e ações relacionadas com a promoção da saúde, considerando o perfil epidemiológico e as necessidades do seu território. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 13, XI)

Art. 14. Compete às Secretarias Municipais de Saúde: (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 14)

I - promover a articulação intra e intersetorial para apoio à implantação e implementação da PNPS no âmbito de sua competência; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 14, I)

II - implantar e implementar a PNPS no âmbito do seu território, respeitando as especificidades locais; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 14, II)

III - pactuar nas CIB e CIR as estratégias, diretrizes, metas, temas prioritários e financiamento das ações de implantação e implementação da PNPS; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 14, III)

IV - apresentar no Conselho Municipal de Saúde estratégias, programas, planos e projetos de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 14, IV)

V - incorporar ações de Promoção da Saúde aos Planos Plurianual e Municipal de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 14, V)

VI - destinar recursos orçamentários e financeiros para realização das ações de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 14, VI)

VII - prestar apoio institucional aos gestores e trabalhadores no processo de implantação, implementação, qualificação e consolidação da PNPS; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 14, VII)

VIII - promover e realizar a educação permanente dos trabalhadores do sistema local de saúde para desenvolver as ações de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 14, VIII)

IX - identificar e promover canais de participação no processo decisório para o desenvolvimento e a sustentabilidade das ações de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 14, IX)

X - promover a participação e o controle social e reforçar as ações comunitárias de promoção da saúde nos territórios; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 14, X)

XI - identificar, articular e apoiar a troca de experiências e conhecimentos referentes às ações de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 14, XI)

XII - participar do processo de monitoramento, avaliação de programas, planos, projetos e ações de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 14, XII)

XIII - elaborar materiais educativos visando à socialização da informação e à divulgação de programas, planos, projetos e ações de promoção da saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 14, XIII)

XIV - apoiar e promover, de forma privilegiada, a execução de programas, planos, projetos e ações diretamente relacionadas à promoção da saúde, considerando o perfil epidemiológico e as necessidades do seu território. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 14, XIV)

Art. 15. À Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (SES/DF) competem as atribuições reservadas às secretarias de saúde dos estados e dos municípios. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 15)

Art. 16. O financiamento dos temas prioritários da PNPS e seus planos operativos serão objeto de pactuação prévia na CIT. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 16)

CAPÍTULO II

DO COMITÊ GESTOR DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Art. 17. Fica instituído o Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde (CGPNPS). (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 1º)

Art. 18. Compete ao CGPNPS: (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 2º)

I - consolidar a implementação da PNPS; (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 2º, I)

II - coordenar a implementação da PNPS no Sistema Único de Saúde (SUS) em articulação com os demais setores governamentais e não governamentais; (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 2º, II)

III - consolidar as agendas de promoção da saúde em consonância com as políticas, as prioridades e os recursos das instituições participantes e com o Plano Nacional de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 2º, III)

IV - promover a integração das ações de promoção da saúde no âmbito do SUS, no contexto dos instrumentos institucionais de planejamento e gestão; (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 2º, IV)

V - incentivar e apoiar a inclusão de temas sobre a Promoção da Saúde na elaboração de projetos e planos locais de acordo com os valores e princípios, os objetivos, as diretrizes, os temas transversais e os eixos operacionais da PNPS, no âmbito dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, respeitando os instrumentos instituídos de planejamento e gestão do SUS; (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 2º, V)

VI - monitorar e avaliar as estratégias de implantação e implementação da PNPS e seu impacto na melhoria da qualidade de vida de sujeitos e coletividades; (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 2º, VI)

VII - viabilizar parcerias com organismos internacionais com o objetivo de promover articulação e intercâmbio entre países para fortalecimento da PNPS; e (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 2º, VII)

VIII - desenvolver outras ações que visem ao fortalecimento da PNPS. (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 2º, VIII)

Art. 19. O CGPNPS será composto por representantes, titulares e suplentes, dos seguintes órgãos e entidades: (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º)

I - 4 (quatro) representantes da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), que o coordenará; (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, I)

II - 4 (quatro) representantes da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, II)

III - 3 (três) representantes da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS); (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, III)

IV - 2 (dois) representantes da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS); (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, IV)

V - 1 (um) representante da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS); (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, V)

VI - 1 (um) representante da Secretária-Executiva (SE/MS); (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, VI)

VII - 1 (um) representante da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS); (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, VII)

VIII - 1 (um) representante da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA); (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, VIII)

IX - 1 (um) representante da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, IX)

X - 1 (um) representante da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, X)

XI - 1 (um) representante da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, XI)

XII - 1 (um) representante do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA); (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, XII)

XIII - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, XIII)

XIV - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, XIV)

XV - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Saúde (CNS); (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, XV)

XVI - 1 (um) representante da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS); e (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, XVI)

XVII - 1 (um) representante do Grupo Temático de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Sustentável da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, XVII)

§ 1º Os representantes, titulares e suplentes, serão indicados formalmente pelos dirigentes de seus respectivos órgãos à Coordenação do CGPNPS. (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Os representantes poderão ser substituídos a qualquer tempo, desde que formalizada a solicitação à Coordenação do CGPNPS, devendo a cada ano ser confirmada a indicação ou substituição. (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, § 2º)

§ 3º As entidades de que trata os incisos XV a XVII serão convidadas a indicar representantes para compor o CGPNPS. (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, § 3º)

§ 4º O CGPNPS poderá convidar servidores dos órgãos e entidades do Ministério da Saúde, de outros órgãos da Administração Pública Federal, de entidades não governamentais, organismos internacionais, bem como especialistas em assuntos ligados ao tema, além dos indicados no "caput", cuja presença seja considerada necessária ao cumprimento das funções atribuídas ao CGPNPS, mediante consulta prévia à Coordenação do CGPNPS. (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, § 4º)

Art. 20. O CGPNPS reunir-se-á, ordinariamente, com regularidade bimestral e, extraordinariamente, por iniciativa de qualquer um dos membros junto à Coordenação do CGPNPS, com antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data proposta para a realização da reunião. (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 4º)

Art. 21. O CGPNPS poderá propor a criação de Grupos de Trabalho (GT), instituídos por meio de atos do Ministro de Estado da Saúde, para assessorá-lo com temas afetos à Promoção da Saúde, por meio de consolidação e implementação da PNPS, bem como acompanhamento das suas implementações, e emissão de pareceres e relatórios para subsidiar as atividades do Comitê. (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 5º)

§ 1º Os GT, ao finalizarem os trabalhos, deverão enviar relatórios ou pareceres, de acordo com a solicitação do CGPNPS, para aprovação e, posteriormente, divulgá-los. (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 5º, § 1º)

§ 2º Os GT serão compostos por até 5 (cinco) representantes do CGPNPS e poderão convidar especialistas, representantes das áreas técnicas do Ministério da Saúde e de outros Ministérios, assim como representantes de outras entidades, instituições e movimentos sociais, de acordo com suas necessidades e especificidades. (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 5º, § 2º)

Art. 22. As funções desempenhadas no âmbito do CGPNPS não serão remuneradas e seu exercício será considerado serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 6º)

Art. 23. Os debates ocorridos nas reuniões do CGPNPS deverão ser consubstanciados em atas com ampla divulgação no âmbito da saúde. (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 7º)

ANEXO II

Regulamento da Política de Saúde Mental, instituída pela Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 (Origem: PRT MS/GM 3796/2010)

Art. 1º Fica regulamentada a Política de Saúde Mental, observado o disposto neste Anexo.

CAPÍTULO I

DO COLEGIADO NACIONAL DE COORDENADORES DE SAÚDE MENTAL

Art. 2º Fica instituído o Colegiado Nacional de Coordenadores de Saúde Mental, de caráter consultivo, com a finalidade de: (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 1º)

I - assessorar o Ministério da Saúde na condução da Política Nacional de Saúde Mental; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 1º, I)

II - propor mecanismos de avaliação e monitoramento dessa Política; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 1º, II)

III - elaborar relatórios técnicos sobre situações complexas que necessitam de intervenção da gestão; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 1º, III)

IV - analisar e propor as atualizações necessárias para as normas técnicas e as diretrizes do Ministério da Saúde sobre saúde mental e atenção integral em álcool e outras drogas; e (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 1º, IV)

V - contribuir para ampliar a interlocução da gestão da política de saúde com as organizações da sociedade civil, das entidades científicas e profissionais, e das políticas intersetoriais. (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 1º, V)

Art. 3º O Colegiado Nacional terá a seguinte composição: (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º)

I - Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS): 1 (um) representante: (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, I)

a) Coordenador da Área Técnica de Saúde Mental/DAPES, que o coordenará; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, I, a)

II - Coordenadores Estaduais de Saúde Mental: 27 (vinte e sete) representantes; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, II)

III - Coordenadores de Saúde Mental de Capitais: 26 (vinte e seis) representantes; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, III)

IV - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS): 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, IV)

V - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS): 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, V)

VI - Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS): 5 (cinco) representantes; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, VI)

VII - Conselho Nacional de Saúde: 1 (um) representante observador; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, VII)

VIII - Secretaria de Direitos Humanos: 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, VIII)

IX - Ministério da Justiça e Segurança Pública: 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, IX)

X - Economia Solidária/Ministério do Trabalho: 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, X)

XI - Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário: 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, XI)

XII - Ministério da Cultura: 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, XII)

XIII - Ministério da Educação: 1 (um) representante. (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, XIII)

Art. 4º O Colegiado poderá, a seu critério, constituir câmaras técnicas transitórias ou permanentes, para atender aos objetivos do art. 2º, bem como convidar consultores para temas específicos, quando necessário. (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 3º)

Art. 5º O Colegiado poderá realizar reuniões ampliadas, quando considerar necessário, convidando para isto coordenadores de saúde mental de outros municípios, atendendo a critérios técnicos e populacionais, bem como outros setores do Ministério da Saúde e representações de entidades científicas e da sociedade civil. (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 4º)

Art. 6º O Colegiado reunir-se-á 2 (duas) vezes por ano, podendo realizar reunião extraordinária, se for considerado necessário. (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 5º)

Art. 7º Caberá ao Colegiado estabelecer seu regimento interno e a Secretaria Executiva, ouvida a Secretaria de Atenção à Saúde, instância à qual o Colegiado se reporta. (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 6º)

CAPÍTULO II **DO FÓRUM NACIONAL SOBRE SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
Centro de Documentação
ctd@saude.sp.gov.br

Art. 8º Fica instituído o Fórum Nacional sobre Saúde Mental da Infância e Juventude, com as seguintes atribuições: (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 1º)

I - funcionar como espaço de articulação intersetorial e discussão permanente sobre as políticas para esta área; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 1º, I)

II - estabelecer diretrizes políticas nacionais para o ordenamento do conjunto de práticas que envolvam o campo da atenção à saúde mental infantojuvenil; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 1º, II)

III - promover a integração, a articulação e a interlocução entre as diversas instituições que atuam no campo da atenção à saúde mental dessa população; e (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 1º, III)

IV - produzir conhecimento e informações que subsidiem as instituições responsáveis pelas políticas públicas nessa área, nos diversos âmbitos de gestão. (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 1º, IV)

Art. 9º O Fórum Nacional sobre Saúde Mental da Infância e Juventude será composto por representantes das seguintes instâncias: (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º)

I - Área Técnica de Saúde Mental - DAPES/SAS, que o coordenará; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, I)

II - Área Técnica de Saúde Mental - Política de Álcool e Outras Drogas - DAPES/SAS; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, II)

III - Área Técnica de Saúde da Criança - DAPES/SAS; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, III)

IV - Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem - DAPES/SAS; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, IV)

V - Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência - DAPES/SAS; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, V)

VI - Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - SAS; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, VI)

VII - Departamento de Atenção Básica - SAS; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, VII)

VIII - Programa Nacional de DST/AIDS/SVS; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, VIII)

IX - Representantes dos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil, sendo um representante por região brasileira; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, IX)

X - Fórum Nacional de Coordenadores de Saúde Mental; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, X)

XI - Representantes de Coordenadores de Saúde Mental, sendo um representante por região brasileira; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XI)

XII - Conselho Nacional de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XII)

XIII - Ministério da Justiça e Segurança Pública; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XIII)

XIV - Ministério da Educação; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XIV)

XV - Ministério da Cultura; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XV)

XVI - Ministério do Esporte; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XVI)

XVII - Conselho Nacional de Procuradores - Promotoria de Defesa à Saúde, do Ministério Público; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XVII)

XVIII - Associação de Magistrados e Promotores de Justiça da Infância e Juventude; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XVIII)

XIX - Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XIX)

XX - Secretaria Especial de Direitos humanos (SEDH/PR); (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XX)

XXI - Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA/SEDH/PR); (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XXI)

XXII - Coordenadoria Nacional para a Integração da Pessoa com Deficiência (CORDE/SEDH/PR); (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XXII)

XXIII - Federação Brasileira de Entidades para Excepcionais (FEBIEX); (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XXIII)

XXIV - Federação Nacional das APAES; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XXIV)

XXV - Federação Nacional das Instituições Pestalozzi; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XXV)

XXVI - Associação Brasileira de Autismo; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XXVI)

XXVII - Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XXVII)

XXVIII - Comissão de Seguridade Social e Saúde da Câmara dos Deputados; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XXVIII)

XXIX - Associação Juizes para a Democracia (AJD); (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XXIX)

XXX - Fórum Nacional de Conselheiros Tutelares; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XXX)

XXXI - Associação Brasileira de Neurologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência (ABENEPI); e (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XXXI)

XXXII - dois representantes de Movimentos Nacionais de Crianças e Jovens, a serem definidos na primeira reunião deste Fórum. (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XXXII)

Parágrafo Único. As representações terão assento permanente no fórum, o qual poderá convocar a participação de outros segmentos representativos e de convidados. (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, Parágrafo Único)

ANEXO III

Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) (Origem: PRT MS/GM 2715/2011)

Art. 1º Fica aprovada a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, na forma do Anexo 1 do Anexo III, cuja íntegra se encontra disponível no endereço eletrônico <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnan.php>. (Origem: PRT MS/GM 2715/2011, Art. 1º)

Art. 2º Os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política ora aprovada, promoverão a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas. (Origem: PRT MS/GM 2715/2011, Art. 2º)

CAPÍTULO I

DA ESTRATÉGIA AMAMENTA E ALIMENTA BRASIL

Art. 3º Fica instituída a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB). (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 1º)

Parágrafo Único. A Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil é resultado da integração de duas ações: a Rede Amamenta Brasil e a Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (ENPACS) e foi construída de forma conjunta entre a Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN/DAB/SAS/MS) e a Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM/DAPES/SAS/MS), ambas pertencentes à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 4º A Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil objetiva: (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 2º)

I - qualificar as ações de promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável para crianças menores de 2 (dois) anos de idade; e (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 2º, I)

II - aprimorar as competências e habilidades dos profissionais de saúde para a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar como atividade de rotina das Unidades Básicas de Saúde (UBS). (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 2º, II)

Art. 5º A Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil pretende: (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 3º)

I - contribuir para a redução de práticas desestimuladoras da amamentação e alimentação complementar saudável nas UBS, como a propaganda desenfreada de produtos que possam vir a interferir na alimentação saudável de crianças menores de 2 (dois) anos; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 3º, I)

II - contribuir para a formação de hábitos alimentares saudáveis desde a infância; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 3º, II)

III - contribuir para o aumento da prevalência de crianças amamentadas de forma exclusiva até os seis meses de idade; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 3º, III)

IV - contribuir para o aumento da prevalência de crianças amamentadas até os 2 (dois) anos de idade ou mais; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 3º, IV)

V - contribuir para a diminuição da prevalência de crianças que recebem alimentos precocemente; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 3º, V)

VI - contribuir para o aumento da prevalência de crianças que consomem frutas, verduras e legumes diariamente; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 3º, VI)

VII - contribuir para a diminuição de crianças que recebem alimentos não saudáveis e não recomendados, principalmente antes dos dois anos de idade; e (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 3º, VII)

VIII - contribuir para a melhora no perfil nutricional das crianças, com a diminuição de deficiências nutricionais, de baixo peso e de excesso de peso. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 3º, VIII)

Art. 6º A Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil deverá ser implementada por meio de oficinas de formação de tutores e de oficinas de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 4º)

§ 1º As oficinas de formação de tutores têm por objetivo qualificar profissionais de saúde para apoiar o fortalecimento, planejamento, implementação e avaliação de ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e alimentação complementar saudável nas UBS, de forma contínua, considerando a educação permanente em saúde, com base nos princípios da educação crítico-reflexiva. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 4º, § 1º)

§ 2º As oficinas de trabalho nas UBS têm por objetivo discutir a prática do aleitamento materno e alimentação complementar saudável no contexto do processo de trabalho das UBS; incentivar a pactuação de ações para promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e alimentação complementar saudável, de acordo com a realidade local e; estimular a construção das relações de cooperação entre a equipe e os diferentes níveis de atenção, por meio do apoio matricial e da construção de linhas de ação. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 4º, § 2º)

Art. 7º Os tutores da Estratégia serão os profissionais responsáveis por multiplicar a Estratégia e realizar oficinas de trabalho nas UBS do seu âmbito de atuação, apoiando o planejamento, o acompanhamento e/ou fortalecimento de ações

de promoção, proteção e o apoio ao aleitamento materno e alimentação complementar saudável nas UBS. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 5º)

§ 1º O tutor deverá ser apoiador de pelo menos 1 (uma) UBS, oferecendo auxílio de forma contínua. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 5º, § 1º)

§ 2º Aos tutores já formados na Rede Amamenta Brasil e/ou na ENPACS, para ser considerado tutor da EAAB será necessário: (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 5º, § 2º)

I - participar de Curso de Ensino à Distância sobre a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, para fins de incorporação nos conteúdos da Estratégia; e (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 5º, § 2º, I)

II - requerer, junto à Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (CGSCAM/DAPES/SAS/MS) e/ou Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição, do Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (CGAN/DAB/SAS/MS), por meio de ofício, a certificação como tutor da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, apresentando o certificado de tutor de uma ou de ambas as estratégias anteriores e o de conclusão do Curso de Ensino à Distância sobre a referida Estratégia. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 5º, § 2º, II)

Art. 8º O acompanhamento da UBS, que faz parte da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, deverá ser realizado por um tutor responsável, juntamente com a equipe de atenção básica, na elaboração, desenvolvimento e execução de um plano de ação para a promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável. O tutor responsável poderá realizar, de acordo com a realidade local, outras oficinas de trabalho na UBS e/ou atividades complementares, podendo ser: (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 6º)

I - oficina com foco na elaboração, desenvolvimento e acompanhamento do plano de ação; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 6º, I)

II - oficina de manejo do aleitamento materno; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 6º, II)

III - oficina sobre a alimentação complementar; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 6º, III)

IV - oficina sobre Vigilância Alimentar e Nutricional; e (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 6º, IV)

V - outras oficinas cuja temática atenda às necessidades da equipe de atenção básica. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 6º, V)

Art. 9º O monitoramento da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil será realizado por dois sistemas: Sistema de Gerenciamento da Estratégia e o Sistema de Informação da Atenção Básica vigente, tendo como objetivo avaliar de forma periódica e permanente o processo de sua implementação e de mudanças nas práticas alimentares. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 7º)

Art. 10. As equipes de atenção básica que fazem parte da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil e que aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) poderão receber certificação caso cumpram os seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 8º)

I - desenvolver ações sistemáticas individuais ou coletivas para a promoção do aleitamento materno e alimentação complementar; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 8º, I)

II - monitorar os índices de aleitamento materno e alimentação complementar; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 8º, II)

III - dispor de instrumento de organização do cuidado à saúde da criança (fluxograma, mapa, protocolo, linha de cuidado ou outro) para detectar problemas relacionados ao aleitamento materno e alimentação complementar; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 8º, III)

IV - cumprir a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras (NBCAL) e a Lei nº 11.265 de 2006, e não distribuir "substitutos" do leite materno na UBS; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 8º, IV)

V - contar com a participação de pelo menos de 85% dos profissionais da equipe nas oficinas desenvolvidas; e (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 8º, V)

VI - cumprir pelo menos uma ação de aleitamento materno e uma de alimentação complementar pactuada no plano de ação. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 8º, VI)

Art. 11. Para avaliar o cumprimento dos critérios para a certificação serão utilizadas as seguintes fontes de informação: (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 9º)

I - padrões de qualidade da Auto-avaliação e avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB); (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 9º, I)

II - Sistema de Gerenciamento da Estratégia; e (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 9º, II)

III - Sistema de Informação da Atenção Básica vigente. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 9º, III)

Art. 12. As equipes de atenção básica que fazem parte da Estratégia e que não aderiram ao PMAQ-AB deverão cumprir os mesmos critérios estabelecidos para as equipes de atenção básica integrantes do PMAQ-AB, e poderão receber a certificação por meio do Sistema de Gerenciamento da Estratégia. Para isso, o tutor e as Coordenações municipais de saúde da criança e/ou alimentação e nutrição deverão seguir as seguintes etapas: (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 10)

I - o tutor da UBS deverá preencher os formulários disponíveis no sistema e informar à Coordenação Municipal que solicitou a certificação junto ao Ministério da Saúde, via ofício emitido pela gerência/coordenação da UBS; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 10, I)

II - as Coordenações Municipais de Saúde da criança e/ou alimentação e nutrição deverão encaminhar o referido ofício para o Ministério da Saúde, ratificando o cumprimento dos critérios exigidos; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 10, II)

III - as Coordenações Municipais de Saúde da criança e/ou alimentação e nutrição deverão enviar ofício às Coordenações Estaduais de Saúde da criança e/ou alimentação e nutrição informando sobre a solicitação de certificação das UBS; e (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 10, III)

IV - o tutor e as Coordenações Municipais de Saúde da criança e/ou alimentação e nutrição deverão aguardar a análise, pelo Ministério da Saúde, do pedido de certificação. Posteriormente, o referido Ministério entrará em contato com as Coordenações municipais e estaduais de Saúde da criança e/ou alimentação e nutrição, com o tutor e com o gerente/coordenador da UBS para informar sobre o resultado da solicitação de certificação. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 10, IV)

§ 1º A equipes de atenção básica que, após o processo de certificação na Estratégia, fizerem a adesão ao PMAQ-AB, só poderão ser recertificadas com base nas fontes de informação alusivas ao PMAQ-AB, conforme se aplica às equipes já inseridas no programa. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 10, § 1º)

§ 2º A periodicidade de avaliação para certificação de equipes integrantes do PMAQ-AB seguirá o cronograma do Programa. Para as equipes não PMAQ-AB, o cronograma de avaliação será determinado pelas coordenações que coordenam a Estratégia em âmbito nacional. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 10, § 2º)

Art. 13. A Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil será coordenada: (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 11)

I - em âmbito nacional, pela Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (CGSCAM/DAPES/SAS/MS) e pela Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição, do Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (CGAN/DAB/SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 11, I)

II - em âmbito estadual, pela Secretaria Estadual de Saúde e no âmbito distrital pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal; e (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 11, II)

III - em âmbito municipal, pela Secretaria Municipal de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 11, III)

Art. 14. São responsabilidades comuns a todas as esferas de governo: (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 12)

I - divulgar a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 12, I)

II - pactuar e alocar recursos orçamentários para implementar a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 12, II)

III - divulgar sistematicamente os resultados do monitoramento das ações da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil; e (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 12, III)

IV - promover articulação entre as diferentes esferas e serviços. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 12, IV)

Art. 15. Compete ao Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 13)

I - fornecer apoio técnico para os estados para implementação da Estratégia; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 13, I)

II - elaborar materiais de capacitação e apoio; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 13, II)

III - capacitar profissionais que serão multiplicadores nos Estados; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 13, III)

IV - acompanhar, monitorar e avaliar a estratégia no âmbito nacional; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 13, IV)

V - disponibilizar o Sistema de Gerenciamento da Estratégia e o Sistema de Informação da Atenção Básica vigente para monitoramento da implementação da estratégia e dos dados de aleitamento materno e alimentação complementar coletados pelas equipes de atenção básica; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 13, V)

VI - disponibilizar Curso de Ensino à Distância sobre a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, para fins de incorporação dos tutores formados na Rede Amamenta Brasil e na ENPACS; e (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 13, VI)

VII - certificar as equipes que preencherem os critérios para inclusão da Estratégia. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 13, VII)

Art. 16. Compete às Secretarias Estaduais de Saúde e ao Distrito Federal: (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 14)

I - coordenar a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil no âmbito estadual; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 14, I)

II - formar tutores em seus Municípios, conforme critérios definidos; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 14, II)

III - fornecer apoio técnico aos Municípios para a consecução da Estratégia; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 14, III)

IV - monitorar a implementação da Estratégia nos Municípios; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 14, IV)

V - apoiar os Municípios no processo de certificação das equipes de atenção básica; e (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 14, V)

VI - orientar o uso do Sistema de gerenciamento e do Sistema de Informação da Atenção Básica vigente para o monitoramento dos indicadores da Estratégia. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 14, VI)

Art. 17. Compete às Secretarias Municipais de Saúde e ao Distrito Federal: (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 15)

I - coordenar a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil no âmbito do Município; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 15, I)

II - selecionar os tutores responsáveis pelas Oficinas de Trabalho em aleitamento materno e alimentação complementar nas UBS; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 15, II)

III - fornecer apoio técnico às equipes de atenção básica para a consecução da Estratégia; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 15, III)

IV - informar ao Estado a solicitação de certificação das equipes elegíveis; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 15, IV)

V - orientar o uso do Sistema de Gerenciamento e do Sistema de Informação da Atenção Básica vigente para o monitoramento dos indicadores da Estratégia; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 15, V)

VI - monitorar a implementação da Estratégia na atenção básica; e (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 15, VI)

VII - apoiar às Gerências e Equipes das UBS para que: (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 15, VII)

a) viabilizem as condições necessárias para a realização das Oficinas de Trabalho em AM e AC; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 15, VII, a)

b) pactuem ações que promovam, protejam e apoiem a amamentação e alimentação complementar saudável; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 15, VII, b)

c) construam instrumento de organização do cuidado à saúde da criança (fluxograma, mapa, protocolo, linha de cuidado ou outro) para atendimento em amamentação e alimentação complementar; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 15, VII, c)

d) cumpram a NBCAL; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 15, VII, d)

e) envolvam na Estratégia no mínimo 85% da equipe de atenção básica; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 15, VII, e)

f) alimentem continuamente o Sistema de Informação da Atenção Básica vigente; e (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 15, VII, f)

g) analisem criticamente os indicadores da UBS e dar-lhes visibilidade. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 15, VII, g)

CAPÍTULO II DOS BANCOS DE LEITE HUMANO (BLH)

Art. 18. Fica definida a estrutura e a atuação dos Bancos de Leite Humano (BLH), de acordo com as normas constantes do Anexo 2 do Anexo III . (Origem: PRT MS/GM 2193/2006, Art. 1º)

Art. 19. Cabe à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, por intermédio do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno, a designação dos integrantes da Comissão Nacional de Bancos de Leite Humano (CNBLH) de que trata o Anexo 2 do Anexo III . (Origem: PRT MS/GM 2193/2006, Art. 2º)

CAPÍTULO III DA PREVENÇÃO DE CONTAMINAÇÃO PELO HIV, POR INTERMÉDIO DO ALEITAMENTO MATERNO E DOS PROCEDIMENTOS ÉTICOS, LEGAIS E MORAIS NA PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO SEM RISCO

Art. 20. Para a prevenção da contaminação pelo HIV, por intermédio do aleitamento materno, deverão ser consideradas as seguintes medidas: (Origem: PRT MS/GM 2415/1996, Art. 1º)

I - o aleitamento materno cruzado não deve ser realizado, incluindo aquele às vezes praticado nos sistemas de alojamento conjunto e pelas tradicionais amas-de-leite; (Origem: PRT MS/GM 2415/1996, Art. 1º, I)

II - as mulheres infectadas pelo HIV não devem amamentar seus próprios filhos, nem doar leite; (Origem: PRT MS/GM 2415/1996, Art. 1º, II)

III - os filhos de mães infectadas pelo HIV que necessitam do leite materno como fator de sobrevivência, poderão receber leite de suas próprias mães, desde que adequadamente pasteurizado; (Origem: PRT MS/GM 2415/1996, Art. 1º, III)

IV - os Bancos de Leite Humano utilizarão somente leite ou colostro, após adequada pasteurização, como aquecimento a 62,5°C por 30 minutos, observado que: (Origem: PRT MS/GM 2415/1996, Art. 1º, IV)

a) essa prática constitui tratamento térmico capaz de inativar 100% de todas as partículas de HIV possíveis de serem encontradas no leite humano; (Origem: PRT MS/GM 2415/1996, Art. 1º, IV, a)

b) o simples congelamento ou liofilização, sem pasteurização prévia, não garante a inativação do HIV; (Origem: PRT MS/GM 2415/1996, Art. 1º, IV, b)

c) a pasteurização é uma prática obrigatória em todos os bancos de leite. (Origem: PRT MS/GM 2415/1996, Art. 1º, IV, c)

V - a seleção de doadores de bancos de leite deve obedecer aos critérios estabelecidos no Capítulo II; (Origem: PRT MS/GM 2415/1996, Art. 1º, V)

VI - as mães em situação de risco para o HIV, antes de amamentarem seus filhos, devem, preferencialmente no pré-natal, ser orientadas a se submeterem a teste sorológico, devendo, para tal, realizar aconselhamento pré e pós-teste; (Origem: PRT MS/GM 2415/1996, Art. 1º, VI)

VII - são consideradas como situações de risco para o HIV, as mulheres: (Origem: PRT MS/GM 2415/1996, Art. 1º, VII)

a) usuárias de drogas injetáveis com compartilhamento de agulhas/seringas e/ou com parceiros usuários de drogas injetáveis; (Origem: PRT MS/GM 2415/1996, Art. 1º, VII, a)

b) que receberam transfusão de sangue ou hemoderivados e/ou com parceiros que receberam transfusão de sangue ou hemoderivados a partir de 1980; (Origem: PRT MS/GM 2415/1996, Art. 1º, VII, b)

c) que mantenham relações sexuais sem proteção com múltiplos parceiros e/ou com parceiros que mantenham relações sexuais sem proteção com um ou múltiplos parceiros (homens ou mulheres); (Origem: PRT MS/GM 2415/1996, Art. 1º, VII, c)

d) com histórico de doenças sexualmente transmissíveis e/ou parceiros com histórico de doenças sexualmente transmissíveis a partir de 1980. (Origem: PRT MS/GM 2415/1996, Art. 1º, VII, d)

CAPÍTULO IV

DA COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL PARA IMPLEMENTAÇÃO, ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO DAS AÇÕES DE FORTIFICAÇÃO DE FARINHAS DE TRIGO, DE MILHO E DE SEUS SUBPRODUTOS

Art. 21. Fica instituída a Comissão Interinstitucional para Implementação, Acompanhamento e Monitoramento das Ações de Fortificação de Farinhas de Trigo, de Milho e de seus Subprodutos. (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 1º)

Art. 22. A Comissão Interinstitucional será composta por um representante - titular e suplente - de cada um dos seguintes órgãos, entidades e instituições, e atuará sob a coordenação da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 2º)

I - Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 2º, I)

a) Secretaria de Atenção à Saúde (SAS); (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 2º, I, a)

b) Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS); (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 2º, I, b)

II - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 2º, II)

III - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 2º, III)

IV - Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (EMBRAPA); (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 2º, IV)

V - Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC); (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 2º, V)

VI - Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS); (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 2º, VI)

VII - Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF); (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 2º, VII)

VIII - Associação Brasileira das Indústrias da Alimentação (ABIA); (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 2º, VIII)

IX - Associação Brasileira das Indústrias Moageiras de Milho (ABIMILHO); e (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 2º, IX)

X - Associação Brasileira das Indústrias do Trigo (ABITRIGO). (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 2º, X)

Art. 23. Compete à Comissão: (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 3º)

I - propor medidas destinadas a implementar as ações para fortificação das farinhas de trigo e de milho; (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 3º, I)

II - acompanhar e monitorar a fortificação das farinhas de trigo, de milho e de seus subprodutos, bem como discutir a efetividade das ações adotadas; e (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 3º, II)

III - estabelecer estratégias de informação, de comunicação, de educação e de mobilização social com vistas à redução da prevalência de anemia e dos defeitos do tubo neural. (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 3º, III)

Art. 24. Compete ao Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 4º)

I - promover a integração e a coordenação de todos os setores envolvidos na fortificação das farinhas de trigo, de milho e de seus subprodutos; (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 4º, I)

II - definir estratégia de divulgação da fortificação às Secretarias de Saúde dos estados, Distrito Federal e municípios e de outras instituições relacionadas de acordo com o pactuado no âmbito da Comissão; (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 4º, II)

III - promover, com apoio dos componentes da Comissão, a produção e a distribuição de materiais educativos e informativos, para profissionais de saúde e relacionados, indústrias produtoras de farinha de trigo e de milho e para a população em geral; (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 4º, III)

IV - promover ações educativas e de comunicação, com vistas a esclarecer a população sobre a importância do consumo de ferro e do ácido fólico, bem como sobre os papéis desses micronutrientes na prevenção e controle da anemia por deficiência de ferro e na redução da incidência do nascimento de crianças com defeitos do tubo neural; (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 4º, IV)

V - delinear, desenvolver e apoiar estudos e pesquisas que avaliem os processos e os resultados de impacto da fortificação das farinhas, em nível nacional, regional e local; (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 4º, V)

VI - apoiar e fomentar, com apoio dos componentes da Comissão a realização de inquéritos e/ou levantamentos epidemiológicos referentes às patologias decorrentes da deficiência de ferro e de ácido fólico; e (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 4º, VI)

VII - estabelecer parcerias com outras áreas do Ministério da Saúde, órgãos e instituições governamentais e não governamentais, para o fomento de atividades complementares, com o objetivo de promover ações destinadas à prevenção e ao controle da anemia por deficiência de ferro e dos defeitos do tubo neural acarretados pela deficiência de ácido fólico. (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 4º, VII)

Art. 25. Compete à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA): (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 5º)

I - implantar e implementar o monitoramento nacional das farinhas de trigo e de milho produzidas em todos os moinhos e indústrias, bem como dos produtos expostos no mercado; (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 5º, I)

II - coordenar e regulamentar as ações de controle higiênicosanitário dos estabelecimentos produtores de farinhas de trigo e de milho e do produto exposto à comercialização; (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 5º, II)

III - analisar e divulgar, sistematicamente, os resultados do controle e do monitoramento das farinhas de trigo e de milho; (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 5º, III)

IV - promover a inserção dos laboratórios oficiais em programas de controle de qualidade analítica; (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 5º, IV)

V - promover a sensibilização do setor produtivo com vistas a atender à legislação sanitária vigente; e (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 5º, V)

VI - monitorar as farinhas de trigo e de milho importadas quanto ao cumprimento da legislação vigente, em especial quanto aos teores de ferro e de ácido fólico. (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 5º, VI)

Art. 26. Cabe a cada membro da Comissão Interinstitucional fornecer as informações necessárias para o acompanhamento e avaliação periódica da fortificação das farinhas de trigo e de milho. (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 6º)

§ 1º As competências e atribuições dos demais componentes da Comissão serão estabelecidas no Regimento Interno a ser elaborado pela Comissão Interinstitucional a partir da data de sua instalação, submetendo-o à aprovação do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 6º, § 1º)

§ 2º Cada membro da Comissão Interinstitucional deverá compilar e fornecer toda informação necessária, a ser analisada em conjunto, para o acompanhamento e a avaliação periódica da fortificação das farinhas de trigo e de milho. (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 6º, § 2º)

Art. 27. A Comissão Interinstitucional reunir-se-á, ordinariamente, duas vezes por ano, e, extraordinariamente, quando convocada por seu coordenador ou por solicitação de qualquer um de seus membros, cabendo neste último caso a apreciação do coordenador. (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 7º)

Art. 28. A Comissão Interinstitucional poderá convidar cientistas, especialistas ou pesquisadores de instituições acadêmicas ou científicas de organismos internacionais, bem como representantes da sociedade civil para colaborarem na análise de assuntos específicos. (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 8º)

ANEXO 1 DO ANEXO III

POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (Origem: PRT MS/GM 2715/2011, Anexo 1)

Política Nacional de Alimentação e Nutrição

APRESENTAÇÃO

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), aprovada no ano de 1999, integra os esforços do Estado Brasileiro que por meio de um conjunto de políticas públicas propõe respeitar, proteger, promover e prover os direitos humanos à saúde e à alimentação.

A população brasileira, nas últimas décadas, experimentou grandes transformações sociais que resultaram em mudanças no seu padrão de saúde e consumo alimentar. Essas transformações acarretaram impacto na diminuição da pobreza e exclusão social e, conseqüentemente, da fome e desnutrição. Por outro lado, observa-se aumento vertiginoso do excesso de peso em todas as camadas da população, apontando para um novo cenário de problemas relacionados à alimentação e nutrição.

A completar-se dez anos de publicação da PNAN, deu-se início ao processo de atualização e aprimoramento das suas bases e diretrizes, de forma a consolidar-se como uma referência para os novos desafios a serem enfrentados no campo da Alimentação e Nutrição no Sistema Único de Saúde.

Em parceria com a Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição (CIAN), do Conselho Nacional de Saúde, o Ministério da Saúde, conduziu um amplo e democrático processo de atualização e aprimoramento da Política, por meio de 26 Seminários Estaduais e do Seminário Nacional de Alimentação e Nutrição – PNAN 10 anos que contaram com a presença de conselheiros estaduais e municipais de saúde; entidades da sociedade civil; entidades de trabalhadores de saúde; gestores estaduais e municipais de Alimentação e Nutrição e da Atenção Básica; conselheiros estaduais de Segurança Alimentar e Nutricional; Centros Colaboradores de Alimentação e Nutrição vinculados a universidades e especialistas em políticas públicas de saúde e de alimentação e nutrição.

Nesta nova edição, a PNAN apresenta-se com o propósito de melhorar as condições de alimentação, nutrição e saúde, em busca da garantia da Segurança Alimentar e Nutricional da população brasileira.

Está organizada, também, em diretrizes que abrangem o escopo da atenção nutricional no Sistema Único de Saúde com foco na vigilância, promoção, prevenção e cuidado integral de agravos relacionados à alimentação e nutrição; atividades, essas, integradas às demais ações de saúde nas redes de atenção, tendo a atenção básica como ordenadora das ações.

Brasília, 17 de novembro de 2011

Ministério da Saúde

1 INTRODUÇÃO

A alimentação e nutrição constituem requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde, possibilitando a afirmação plena do potencial de crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania.

A população brasileira, nas últimas décadas, experimentou grandes transformações sociais que resultaram em mudanças no seu padrão de saúde e consumo alimentar. Essas transformações acarretaram impacto na diminuição da pobreza e exclusão social e, conseqüentemente, da fome e escassez de alimentos, com melhoria ao acesso e variedade destes, além da garantia da disponibilidade média de calorias para consumo, embora ainda existam cerca de 16 milhões de brasileiros vivendo na pobreza extrema. A diminuição da fome e da desnutrição veio acompanhada do aumento vertiginoso da obesidade em todas as camadas da população, apontando para um novo cenário de problemas relacionados à alimentação e nutrição.

A alimentação e nutrição estão presentes na legislação recente do Estado Brasileiro, com destaque para a Lei 8080, de 19/09/1990 (BRASIL, 1990), que entende a alimentação como um fator condicionante e determinante da saúde e que as ações de alimentação e nutrição devem ser desempenhadas de forma transversal às ações de saúde, em caráter complementar e com formulação, execução e avaliação dentro das atividades e responsabilidades do sistema de saúde.

Na última década, o principal avanço foi a incorporação da alimentação como um direito social. A Emenda Constitucional nº 64, aprovada em 2010, introduziu no art. 6º da Constituição Federal a alimentação como direito (BRASIL, 1990). Nesse sentido, o Estado Brasileiro, ocupado com a construção de uma nova abordagem para atuar no combate à fome, à pobreza e na promoção da alimentação adequada e saudável, publicou a Lei 11.346/2006 – Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (BRASIL, 2006a) e o Decreto 7272/2010 - Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (BRASIL, 2010b). Tanto a Lei como o Decreto apresentam entre as suas bases diretivas o fortalecimento das ações de alimentação e nutrição no sistema de saúde.

Na saúde, ressalta-se a publicação do Decreto 7508, de 28/06/2011, que regulamenta a Lei 8080, com a instituição da Rede de Atenção à Saúde e dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas que possibilitarão avanços para a organização e oferta das ações de Alimentação e Nutrição no âmbito do SUS (BRASIL, 2011a).

Outras Políticas da saúde somam-se aos princípios e diretrizes da PNAN no estabelecimento da Saúde e da Segurança Alimentar e Nutricional. A Política Nacional de Atenção Básica e Política Nacional de Promoção à Saúde são orientadas nesse sentido.

A determinação social da saúde assim como a promoção e prevenção de agravos estão presentes em diversos documentos internacionalmente conhecidos, como o Relatório da Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde, publicado em 2008, a Estratégia Global para a Alimentação do Bebê e da Criança Pequena (2002) e a Estratégia Global para a Promoção da Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde (2004).

Os documentos apontam para a necessidade de formulação e implantação de estratégias nacionais, locais e regionais efetivas e integradas para a redução da morbi-mortalidade relacionada à alimentação inadequada e ao sedentarismo, com recomendações e indicações adaptadas frente às diferentes realidades dos países e integradas às suas políticas, com vistas a garantir aos indivíduos a capacidade de fazer escolhas saudáveis com relação à alimentação e à atividade física, prevendo ações de caráter regulatório, fiscal e legislativo que visem tornar essas escolhas factíveis à população.

O aleitamento materno, que deve ser a primeira prática alimentar dos indivíduos, é necessário para a garantia da saúde e do desenvolvimento adequado das crianças. O Brasil adota as recomendações internacionais, recomendando o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês e continuado até o segundo ano de vida (BRASIL, 2009a). Segundo a Pesquisa Nacional de demografia e Saúde (PNDS), realizada em 2006, 95% das crianças brasileiras foram alguma vez amamentadas, mas esse número cai drasticamente ao longo dos dois primeiros anos de vida. Segundo a II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno no Conjunto das Capitais Brasileiras e DF, realizada em 2008, a mediana de aleitamento materno exclusivo foi 54 dias e a mediana do aleitamento materno total, que deveria ser de 24 meses, foi 341,6 dias (11,2 meses) (BRASIL, 2009c). Atualmente, segundo a pesquisa, a prevalência do aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses é de 41%.

A transição do aleitamento materno para os alimentos consumidos pela família é o período denominado como alimentação complementar, que deve ser iniciada aos seis meses de idade e concluída aos 24 meses. A introdução de alimentos deve ser feita em tempo oportuno, em quantidade e qualidade adequadas a cada fase do desenvolvimento infantil. Esse é o momento em que os primeiros hábitos são adquiridos e formados e a correta inserção dos alimentos tem o papel de promoção à saúde e hábitos saudáveis, além de proteger a criança de deficiências de micronutrientes e doenças crônicas na idade adulta. Segundo a PNDS, a introdução precoce de alimentos, antes dos dois meses de idade, era uma prática em 14% das crianças, evoluindo para mais de 30% nas crianças entre quatro e cinco meses (BRASIL, 2009a).

A dieta habitual dos brasileiros é composta por diversas influências e atualmente é fortemente caracterizada por uma combinação de uma dieta dita “tradicional” (baseada no arroz com feijão) com alimentos classificados como ultraprocessados, com altos teores de gorduras, sódio e açúcar e com baixo teor de micronutrientes e alto conteúdo calórico. O consumo médio de frutas e hortaliças ainda é metade do valor recomendado pelo Guia Alimentar para a população brasileira e manteve-se estável na última década, enquanto alimentos ultraprocessados, como doces e refrigerantes, têm o seu consumo aumentado a cada ano.

As diferenças de renda são expressas no padrão de consumo alimentar dos diferentes estratos. A dieta dos brasileiros de mais baixa renda apresenta melhor qualidade, com predominância do arroz, feijão aliados a alimentos básicos como peixes e milho. A frequência de alimentos de baixa qualidade nutricional como doces, refrigerantes, pizzas e salgados fritos e assados, tende a crescer com o aumento da renda das famílias.

O padrão de consumo também varia de acordo com os grupos etários. Entre os mais novos, é maior o consumo de alimentos ultraprocessados, que tendem a diminuir com o aumento da idade, enquanto o inverso é observado entre as frutas e hortaliças. Os adolescentes são o grupo com pior perfil da dieta, com as menores frequências de consumo de feijão, saladas e verduras em geral, apontando para um prognóstico de aumento do excesso de peso e doenças crônicas.

Os brasileiros residentes na zona rural, quando comparados com os residentes da zona urbana, apresentam maiores frequências de consumo de alimentos básicos, com melhor qualidade da dieta, havendo predomínio de consumo de alimentos como arroz, feijão, batata-doce, mandioca, farinha de mandioca, frutas e peixes. Na zona urbana, observa-se um maior consumo de alimentos ultraprocessados. As regiões geográficas também imprimem a sua identidade alimentar, sendo

mais frequente, na região norte, o consumo de farinha de mandioca, açaí e peixe fresco; no Nordeste: ovos e biscoitos salgados; no Centro-Oeste: arroz, feijão, carne bovina e leite; no Sudeste e Sul: pão francês, massas, batata inglesa, queijos, iogurtes e refrigerantes. Em algumas regiões as tradições culturais resistem às mudanças, enquanto que, em outras, essas tradições estão sendo descaracterizadas, havendo perda da identidade cultural alimentar.

O estilo de vida atual favorece a um maior número de refeições realizadas fora do domicílio: em 2009, 16% das calorias foram oriundas da alimentação fora de casa. Essa é composta, na maioria dos casos, por alimentos industrializados e ultraprocessados como refrigerantes, cerveja, sanduíches, salgados e salgadinhos industrializados, imprimindo um padrão de alimentação que, muitas vezes, é repetido no domicílio.

A transição nutricional foi acompanhada pelo aumento da disponibilidade média de calorias para consumo. Em 2009 o consumo energético diário médio da população foi superior ao recomendado de 2000 kcal, o que é mais um fator contributivo para o aumento do excesso de peso. Essa média se assemelha às encontradas em países desenvolvidos, como os Estados Unidos, com as maiores médias entre os adolescentes do sexo masculino e as menores entre os idosos.

O declínio do nível de atividade física, aliado à adoção de modos de se alimentar pouco saudáveis, com a adesão a um padrão de dieta rica em alimentos com alta densidade energética e baixa concentração de nutrientes, o aumento do consumo de alimentos ultraprocessados e o consumo excessivo de nutrientes como sódio, gorduras e açúcar têm relação direta com o aumento da obesidade e demais doenças crônicas, como o diabetes e a hipertensão e explicam, em parte, as crescentes prevalências de sobrepeso e obesidade observadas nas últimas décadas.

Com relação às doenças relacionadas às deficiências de micronutrientes, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher, realizada em 2006, reafirmou que as deficiências de ferro e vitamina A ainda persistem como problemas de saúde pública no Brasil: 17,4% das crianças e 12,3% das mulheres em idade fértil apresentam hipovitaminose A, enquanto 20,9% e 29,4% desses grupos populacionais, respectivamente, apresentam anemia por deficiência de ferro. Estudos regionais apontam para uma prevalência média de cerca de 50% de anemia ferropriva em crianças menores de cinco anos de idade.

A melhoria ao acesso à saúde e à renda da população deveriam ter impactado na melhoria dos indicadores relativos à deficiência de micronutrientes, carências que, aparentemente, estavam sanadas, como no caso da hipovitaminose A e outras deficiências, como o ressurgimento de casos de Beribéri em alguns estados brasileiros, e o desajuste do consumo de iodo por adultos, provenientes do consumo excessivo do sal de cozinha iodado.

A sociedade brasileira vivenciou uma peculiar e rápida transição nutricional: de um país que apresentava altas taxas de desnutrição, na década de 1970, passou a ser um país com metade da população adulta com excesso de peso, em 2008. A redução da desnutrição em crianças menores de cinco anos foi intensa nas últimas décadas. Nesse sentido, a associação de políticas econômicas e sociais, particularmente na década de 2000, foi fundamental para o Brasil avançar na redução das desigualdades internas. Entre 1989 e 2006, o Brasil alcançou as metas relativas à redução da desnutrição infantil do primeiro Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (indicador do ODM de erradicação da pobreza extrema e fome): “Prevalência de crianças (com menos de cinco anos) abaixo do peso” caiu mais de quatro vezes (de 7,1% para 1,7%), enquanto o déficit de altura diminuiu para cerca de um terço no mesmo período (de 19,6% para 6,7%).

No entanto, os avanços são desiguais. Ainda persistem altas prevalências de desnutrição crônica em grupos vulneráveis da população, como entre as crianças indígenas (26%), quilombolas (16%), residentes na região norte do país (15%) e aquelas pertencentes às famílias beneficiárias dos programas de transferência de renda (15%), afetando principalmente crianças e mulheres que vivem em bolsões de pobreza. Apesar das diferenças entre os grupos étnicos e regiões geográficas, a maior redução das prevalências de desnutrição infantil se deu na Região Nordeste e nas populações mais pobres do país, sendo os principais fatores responsáveis por esses avanços: o aumento da escolaridade materna, o aumento da renda familiar, o maior acesso aos serviços da rede de atenção básica de saúde e a expansão do saneamento básico.

Simultaneamente, o Brasil vem enfrentando o aumento expressivo do sobrepeso e da obesidade, assim como em vários países do mundo. Em função de sua magnitude e velocidade de evolução, o excesso de peso – que compreende o sobrepeso e a obesidade - é considerado atualmente um dos maiores problemas de saúde pública, afetando todas as faixas etárias. Em vinte anos, as prevalências de obesidade em crianças entre 5 a 9 anos foram multiplicadas por quatro entre os meninos (4,1% para 16,6%) e por, praticamente, cinco entre as meninas (2,4% para 11,8%). Nos adolescentes, após quatro décadas de aumento gradual nas prevalências, em torno de 20% apresentaram excesso de peso (com pequena diferença entre os sexos) e quase 6% dos adolescentes do sexo masculino e 4% do sexo feminino foram classificados como obesos.

Na população adulta, houve aumento do sobrepeso e da obesidade em todas as faixas etárias e de renda. A obesidade cresceu de 2,8% em homens e 7,8% em mulheres para 12,5% entre homens e 16,9% entre as mulheres nos períodos entre 1974-1975 e 2008-2009, de modo que o excesso de peso alcançou 50,1% nos homens e 48,0% nas mulheres. Atualmente, a obesidade tem prevalências semelhantes entre as mulheres de todos os níveis de renda, mas, entre os homens, a obesidade entre os vinte por cento mais ricos da população é o dobro das prevalências encontradas entre o quinto mais pobre. A renda média da população brasileira apresentou um incremento nas últimas décadas e as doenças crônicas, com foco para obesidade, passaram a apresentar taxas semelhantes entre os grupos.

As doenças crônicas são a principal causa de mortalidade de adultos no Brasil. Nos últimos anos, os percentuais de hipertensão arterial sistêmica e diabetes vêm se mantendo estáveis, embora a obesidade esteja em ascensão. Segundo o VIGITEL, a obesidade avança anualmente cerca de 1% entre os adultos. O aumento da obesidade está fortemente ligado ao consumo alimentar e à prática de atividade física. Seus determinantes são de natureza demográfica, socioeconômica, epidemiológica e cultural, além de questões ambientais, o que torna a obesidade uma doença multifatorial. Esses fatores interagem de forma complexa, exigindo que a obesidade seja tratada, tendo em vista toda a sua complexidade e determinação social. O Estudo de Carga Global de Doenças no Brasil revela que 58% dos anos de vida perdidos precocemente se devem às doenças crônicas não transmissíveis.

Os indicadores de saúde e nutrição refletem as desigualdades de renda e raça que ainda persistem no país: mulheres negras e de baixa renda apresentam maiores percentuais de doenças crônicas quando comparadas a mulheres, da mesma idade, brancas e de renda mais alta. Entre os homens, a obesidade está mais presente entre os de renda mais alta, embora cresça em todos os estratos.

O desenvolvimento econômico deve ser acompanhado pelo setor saúde para que as populações que tenham incremento de renda também tenham melhorias de acesso e condições de saúde.

O cenário epidemiológico apresentado reflete os avanços do Brasil na luta contra a fome e a desnutrição, embora ainda existam populações vulneráveis a esses agravos. O acelerado crescimento do excesso de peso em todas as faixas etárias e de renda deixa clara a necessidade de medidas de controle e prevenção do ganho de peso. Se essas ações não forem implementadas, estima-se que em vinte anos cerca de 70% dos brasileiros estarão com excesso de peso no Brasil.

O enfrentamento desse quadro clama por ações nos diversos setores, desde a produção à comercialização final dos alimentos e com a garantia de ambientes que propiciem a mudança de conduta dos indivíduos e da sociedade. Ciente de sua responsabilidade sanitária, frente a esse cenário, a PNAN constitui-se uma resposta oportuna e específica do SUS para reorganizar, qualificar e aperfeiçoar suas ações para o enfrentamento da complexidade da situação alimentar e nutricional da população brasileira, ao tempo em que promove a alimentação adequada e saudável e a atenção nutricional para todas as fases do curso da vida.

2 PROPÓSITO

A PNAN tem como propósito a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição.

3 PRINCÍPIOS

A PNAN tem por pressupostos os direitos à Saúde e à Alimentação e é orientada pelos princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde (universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização e hierarquização e participação popular), aos quais se somam os princípios a seguir:

A Alimentação como elemento de humanização das práticas de saúde: a alimentação expressa as relações sociais, valores e história do indivíduo e dos grupos populacionais e tem implicações diretas na saúde e na qualidade de vida. A abordagem relacional da alimentação e nutrição contribui para o conjunto de práticas ofertadas pelo setor saúde, na valorização do ser humano, para além da condição biológica e o reconhecimento de sua centralidade no processo de produção de saúde.

O respeito à diversidade e à cultura alimentar: a alimentação brasileira, com suas particularidades regionais, é a síntese do processo histórico de intercâmbio cultural, entre as matrizes indígena, portuguesa e africana que se somam, por meio dos fluxos migratórios, às influências de práticas e saberes alimentares de outros povos que compõem a diversidade sociocultural brasileira. Reconhecer, respeitar, preservar, resgatar e difundir a riqueza incomensurável de alimentos e

práticas alimentares correspondem ao desenvolvimento de ações com base no respeito à identidade e cultura alimentar da população.

O fortalecimento da autonomia dos indivíduos: o fortalecimento ou ampliação dos graus de autonomia para as escolhas e práticas alimentares implica, por um lado, um aumento da capacidade de interpretação e análise do sujeito sobre si e sobre o mundo e, por outro, a capacidade de fazer escolhas, governar e produzir a própria vida. Para tanto, é importante que o indivíduo desenvolva a capacidade de lidar com as situações, a partir do conhecimento dos determinantes dos problemas que o afetam, encarando-os com reflexão crítica. Diante dos interesses e pressões do mercado comercial de alimentos, bem como das regras de disciplinamento e prescrição de condutas dietéticas em nome da saúde, ter mais autonomia significa conhecer as várias perspectivas, poder experimentar, decidir, reorientar, ampliar os objetos de investimento relacionados ao comer e poder contar com pessoas nessas escolhas e movimentos. Há uma linha tênue entre dano e prazer que deve ser continuamente analisada, pois leva os profissionais de saúde, frequentemente, a se colocarem nos extremos da omissão e do governo exacerbado dos outros. Para isso, deve-se investir em instrumentos e estratégias de comunicação e educação em saúde que apoiem os profissionais de saúde em seu papel de socialização do conhecimento e da informação sobre alimentação e nutrição e de apoio aos indivíduos e coletividades na decisão por práticas promotoras da saúde.

A determinação social e a natureza interdisciplinar e intersetorial da alimentação e nutrição: o conhecimento das determinações socioeconômicas e culturais da alimentação e nutrição dos indivíduos e coletividades contribui para a construção de formas de acesso a uma alimentação adequada e saudável, colaborando com a mudança do modelo de produção e consumo de alimentos que determinam o atual perfil epidemiológico. A busca pela integralidade na atenção nutricional pressupõe a articulação entre setores sociais diversos e se constitui em uma possibilidade de superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais e institucionais, de modo a responder aos problemas de alimentação e nutrição vivenciados pela população brasileira.

A segurança alimentar e nutricional com soberania: a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) é estabelecida no Brasil como a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis. A Soberania Alimentar se refere ao direito dos povos de decidir seu próprio sistema alimentar e de produzir alimentos saudáveis e culturalmente adequados, acessíveis, de forma sustentável e ecológica, colocando aqueles que produzem, distribuem e consomem alimentos no coração dos sistemas e políticas alimentares, acima das exigências de mercado.

4 DIRETRIZES

As diretrizes que integram a PNAN indicam as linhas de ações para o alcance do seu propósito, capazes de modificar os determinantes de saúde e promover a saúde da população. Sendo consolidadas em:

1. Organização da Atenção Nutricional;
 2. Promoção da Alimentação Adequada e Saudável;
 3. Vigilância Alimentar e Nutricional;
 4. Gestão das Ações de Alimentação e Nutrição;
 5. Participação e Controle Social;
 6. Qualificação da Força de Trabalho;
 7. Controle e Regulação dos Alimentos;
 8. Pesquisa, Inovação e Conhecimento em Alimentação e Nutrição;
 9. Cooperação e articulação para a Segurança Alimentar e Nutricional.
- 4.1 Organização da Atenção Nutricional

A atual situação alimentar e nutricional do País torna evidente a necessidade de uma melhor organização dos serviços de saúde para atender às demandas geradas pelos agravos relacionados à má alimentação, tanto em relação ao seu diagnóstico e tratamento quanto à sua prevenção e à promoção da saúde. Incluem-se, ainda, as ações de vigilância para proporcionar a identificação de seus determinantes e condicionantes, assim como das regiões e populações mais vulneráveis.

Dessa forma, a atenção nutricional compreende os cuidados relativos à alimentação e nutrição voltados à promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos, devendo estar associados às demais ações de atenção à saúde do SUS, para indivíduos, famílias e comunidades, contribuindo para a conformação de uma rede integrada, resolutive e humanizada de cuidados.

A atenção nutricional tem como sujeitos os indivíduos, a família e a comunidade. Os indivíduos apresentam características específicas e entre os elementos de sua diversidade está a fase do curso da vida em que se encontram, além da influência da família e da comunidade em que vivem. Todas as fases do curso da vida devem ser foco da atenção nutricional, no entanto cabe a identificação e priorização de fases mais vulneráveis aos agravos relacionados à alimentação e nutrição.

As famílias e comunidades devem ser entendidas como “sujeitos coletivos” que têm características, dinâmicas, formas de organização e necessidades distintas, assim como apresentam diferentes respostas a fatores que possam lhes afetar. Também devem ser consideradas as especificidades dos diferentes grupos populacionais, povos e comunidades tradicionais, como a população negra, quilombolas e povos indígenas, entre outros, assim como as especificidades de gênero.

A atenção nutricional deve fazer parte do cuidado integral na Rede de Atenção à Saúde (RAS), tendo a Atenção Básica como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede. A Atenção Básica, pela sua capilaridade e capacidade de identificação das necessidades de saúde da população, sob sua responsabilidade, contribui para que a organização da atenção nutricional parta das necessidades dos usuários.

Nesse intuito, o processo de organização e gestão dos cuidados relativos à alimentação e nutrição na RAS deverá ser iniciado pelo diagnóstico da situação alimentar e nutricional da população adscrita aos serviços e equipes de Atenção Básica. A vigilância alimentar e nutricional possibilitará a constante avaliação e organização da atenção nutricional no SUS, identificando prioridades de acordo com o perfil alimentar e nutricional da população assistida.

Para este diagnóstico deverão ser utilizados o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) e outros sistemas de informação em saúde para identificar indivíduos ou grupos que apresentem agravos e riscos para saúde, relacionados ao estado nutricional e ao consumo alimentar. De modo a identificar possíveis determinantes e condicionantes da situação alimentar e nutricional da população, é importante que as equipes de Atenção Básica incluam em seu processo de territorialização a identificação de locais de produção, comercialização e distribuição de alimentos, costumes e tradições alimentares locais, entre outras características do território, onde vive a população, que possam relacionar-se aos seus hábitos alimentares e estado nutricional.

A atenção nutricional deverá priorizar a realização de ações no âmbito da Atenção Básica, mas precisa incluir, de acordo com as necessidades dos usuários, outros pontos de atenção à saúde, como serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, serviços especializados, hospitais, atenção domiciliar, entre outros no âmbito do SUS. Assim como ações em diferentes equipamentos sociais (governamentais ou não) que possam contribuir com o cuidado integral em saúde por meio da intersetorialidade.

Nesse contexto, as práticas e processos de acolhimento precisam considerar a alimentação e nutrição como determinantes de saúde e levar em conta a subjetividade e complexidade do comportamento alimentar. O que implica disseminar essas concepções entre os profissionais, contribuindo para a qualificação de sua escuta e capacidade resolutive em uma perspectiva humanizada. Na organização da atenção nutricional devem ser consideradas outras racionalidades terapêuticas possibilitando a incorporação das práticas integrativas e complementares nos cuidados relativos à alimentação e nutrição no SUS.

A atenção nutricional, no âmbito da atenção básica, deverá dar respostas às demandas e necessidades de saúde do seu território, considerando as de maior frequência e relevância e observando critérios de risco e vulnerabilidade. Diante do atual quadro epidemiológico do país, são prioritárias as ações preventivas e de tratamento da obesidade, da desnutrição, das carências nutricionais específicas e de doenças crônicas não transmissíveis, relacionadas à alimentação e nutrição.

Também constituem demandas para a atenção nutricional, no SUS, o cuidado aos indivíduos portadores de necessidades alimentares especiais, como as decorrentes dos erros inatos do metabolismo, transtornos alimentares, entre outros.

Para a prática da atenção nutricional no âmbito da Atenção Básica, as equipes de referência deverão ser apoiadas por equipes multiprofissionais, a partir de um processo de matriciamento e clínica ampliada, com a participação de profissionais da área de alimentação e nutrição que deverão instrumentalizar os demais profissionais para o desenvolvimento de ações integrais nessa área, respeitando seu núcleo de competências.

As ações de prevenção das carências nutricionais específicas por meio da suplementação de micronutrientes (ferro, vitamina A, dentre outros) serão de responsabilidade dos serviços de Atenção Básica, em acordo com o disposto nas normas técnicas dos programas de suplementação. As unidades hospitalares- maternidades colaboram na implementação dos programas de suplementação de micronutrientes, em especial na suplementação de vitamina A para puérperas no pós-parto.

Embora a Atenção Básica seja a porta preferencial de entrada dos usuários no sistema de saúde, as demandas para a atenção nutricional podem ser identificadas em outros pontos da rede de atenção à saúde. Dessa forma, a atenção nutricional nos demais pontos de atenção à saúde também deve ser realizada dentro de uma rede integrada de cuidados de forma transversal a outras políticas específicas e com a participação de equipes multidisciplinares, respeitando-se as atividades particulares dos profissionais que as compõem, assim como na Atenção Básica. Nesse sentido faz-se necessária a elaboração de protocolos, manuais e normas técnicas que orientem a organização dos cuidados relativos à alimentação e nutrição na rede de atenção à saúde. Deverão ainda ser normatizados os critérios para o acesso a alimentos para fins especiais de modo a promover a equidade e a regulação no acesso a esses produtos.

No âmbito hospitalar, é necessário promover a articulação entre o acompanhamento clínico e o acompanhamento nutricional, tendo em vista a relevância do estado nutricional para a evolução clínica dos pacientes; assim como a interação destes com os serviços de produção de refeições e os serviços de terapia nutricional, entendendo que a oferta de alimentação adequada e saudável é componente fundamental nos processos de recuperação da saúde e prevenção de novos agravos nos indivíduos hospitalizados.

No contexto da garantia da oferta de alimentação adequada e saudável, ressalta-se a importância de que a rede de atenção à saúde constitua-se em uma rede de apoio ao aleitamento materno e da alimentação complementar saudável. Para tanto, deve-se incentivar e favorecer a prática do aleitamento materno (exclusivo até o 6º mês e complementar até os 2 anos) e a doação de leite humano em diversos serviços de saúde, de forma articulada aos Bancos de Leite Humano, para ampliar a oferta de leite materno nas situações de agravos maternos e infantis que impossibilitem a prática do aleitamento materno.

A incorporação organizada e progressiva da atenção nutricional deverá resultar em impacto positivo na saúde da população.

4.2 Promoção da Alimentação Adequada e Saudável

Entende-se por alimentação adequada e saudável a prática alimentar apropriada aos aspectos biológicos e socioculturais dos indivíduos, bem como ao uso sustentável do meio ambiente. Ou seja, deve estar em acordo com as necessidades de cada fase do curso da vida e com as necessidades alimentares especiais; referenciada pela cultura alimentar e pelas dimensões de gênero, raça e etnia; acessível do ponto de vista físico e financeiro; harmônica em quantidade e qualidade; baseada em práticas produtivas adequadas e sustentáveis com quantidades mínimas de contaminantes físicos, químicos e biológicos.

A Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS) é uma das vertentes da Promoção à Saúde. No SUS, a estratégia de promoção da saúde é retomada como uma possibilidade de focar os aspectos que determinam o processo saúde-doença em nosso país. Assim, as ações de promoção da saúde constituem-se formas mais amplas de intervenção sobre os condicionantes e determinantes sociais de saúde, de forma intersetorial e com participação popular, favorecendo escolhas saudáveis por parte dos indivíduos e coletividades no território onde vivem e trabalham.

A PAAS é aqui compreendida como um conjunto de estratégias que proporcionem aos indivíduos e coletividades a realização de práticas alimentares apropriadas aos seus aspectos biológicos e socioculturais, bem como ao uso sustentável do meio ambiente. Considerando-se que o alimento tem funções transcendentais ao suprimento das necessidades biológicas, pois agrega significados culturais, comportamentais e afetivos singulares que não podem ser desprezados.

A implantação dessa diretriz da PNAN fundamenta-se nas dimensões de incentivo, apoio, proteção e promoção da saúde e deve combinar iniciativas focadas em (i) políticas públicas saudáveis; (ii) criação de ambientes favoráveis à saúde nos quais indivíduo e comunidades possam exercer o comportamento saudável; (iii) o reforço da ação comunitária; (iv) o desenvolvimento de habilidades pessoais por meio de processos participativos e permanentes e (v) a reorientação dos serviços na perspectiva da promoção da saúde.

Nesse contexto, a PAAS objetiva a melhora da qualidade de vida da população, por meio de ações intersetoriais, voltadas ao coletivo, aos indivíduos e aos ambientes (físico, social, político, econômico e cultural), de caráter amplo e que possam responder às necessidades de saúde da população, contribuindo para a redução da prevalência do sobrepeso e obesidade e das doenças crônicas associadas e outras relacionadas à alimentação e nutrição.

O elenco de estratégias na saúde direcionadas à PAAS envolve a educação alimentar e nutricional que se soma às estratégias de regulação de alimentos - envolvendo rotulagem e informação, publicidade e melhoria do perfil nutricional dos alimentos - e ao incentivo à criação de ambientes institucionais promotores de alimentação adequada e saudável, incidindo sobre a oferta de alimentos saudáveis nas escolas e nos ambientes de trabalho. A oferta de alimentos saudáveis também deve ser estimulada entre pequenos comércios de alimentos e refeições da chamada “comida de rua”.

Nesse sentido, pressupõe-se o compromisso do setor saúde na articulação e desenvolvimento de ações intersetoriais em diferentes esferas de governo e junto à sociedade. Organizar as ações de PAAS implica desenvolver mecanismos que apoiem os sujeitos a adotar modos de vida saudáveis, identificar e analisar de forma crítica, além de enfrentar hábitos e práticas não promotoras de saúde, aos quais muitas vezes estão submetidos.

O desenvolvimento de habilidades pessoais em alimentação e nutrição implica pensar a educação alimentar e nutricional como processo de diálogo entre profissionais de saúde e a população, de fundamental importância para o exercício da autonomia e do auto-cuidado. Isso pressupõe, sobretudo, trabalhar com práticas referenciadas na realidade local, problematizadoras e construtivistas, considerando-se os contrastes e as desigualdades sociais que interferem no direito universal à alimentação. Para isso, constitui-se prioridade a elaboração e pactuação de agenda integrada - intra e intersetorial - de educação alimentar e nutricional para o desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas com os diversos setores afetos ao tema.

A responsabilidade das equipes de saúde com relação à PAAS deve transcender os limites das unidades de saúde, inserindo-se nos demais equipamentos sociais como espaços comunitários de atividade física e práticas corporais, escolas e creches, associações comunitárias, redes de assistência social e ambientes de trabalho, entre outros.

O conjunto das ações de PAAS, aliado às demais ações de promoção da saúde, contribui com a ampliação do escopo das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento dos indivíduos e das comunidades, com a superação do modelo biomédico, pautado pela doença, e de desafios como (i) a abordagem que se limita à produção e à oferta de informações técnico-científicas; (ii) a frágil integração do conhecimento científico ao popular, e (iii) a ainda insuficiente apropriação das dimensões cultural e social como determinantes dos hábitos alimentares.

Pela natureza das ações de PAAS, a participação popular é fundamental e deve ocorrer desde o diagnóstico da realidade e definição de objetivos até a implantação das ações, estando refletida nas discussões das instâncias de participação e controle social. Assim, deve ser incentivada a incorporação da dimensão da alimentação adequada e saudável nos conteúdos e estratégias dos movimentos sociais da educação popular em saúde e das capacitações para gestão participativa das instâncias de controle do SUS. Além da mobilização social, deve ser considerada a participação dos setores público e privado na elaboração e execução das estratégias.

4.3 Vigilância Alimentar e Nutricional

A vigilância alimentar e nutricional consiste na descrição contínua e na predição de tendências das condições de alimentação e nutrição da população e seus fatores determinantes. Deverá ser considerada a partir de um enfoque ampliado que incorpore a vigilância nos serviços de saúde e a integração de informações derivadas de sistemas de informação em saúde, dos inquéritos populacionais, das chamadas nutricionais e da produção científica.

Deverá fornecer dados desagregados para os distintos âmbitos geográficos, categorias de gênero, idade, raça/etnia, populações específicas (como indígenas e povos e comunidades tradicionais) e outras de interesse para um amplo entendimento da diversidade e dinâmicas nutricional e alimentar da população brasileira. O seu fortalecimento institucional

possibilitará documentar a distribuição, magnitude e tendência da transição nutricional, identificando seus desfechos, determinantes sociais, econômicos e ambientais.

A vigilância alimentar e nutricional subsidiará o planejamento da atenção nutricional e das ações relacionadas à promoção da saúde e da alimentação adequada e saudável e à qualidade e regulação dos alimentos, nas esferas de gestão do SUS. Contribuirá, também, com o controle e a participação social e o diagnóstico da segurança alimentar e nutricional no âmbito dos territórios.

O Sisvan (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional), operado a partir da atenção básica à saúde, tem como objetivo principal monitorar o padrão alimentar e o estado nutricional dos indivíduos atendidos pelo SUS, em todas as fases do curso da vida.

Deverá apoiar os profissionais de saúde no diagnóstico local e oportuno dos agravos alimentares e nutricionais e no levantamento de marcadores de consumo alimentar que possam identificar fatores de risco ou proteção, tais como o aleitamento materno e a introdução da alimentação complementar.

Destaque deve ser dado à vigilância alimentar e nutricional de povos e comunidades tradicionais e de grupos populacionais em condições de vulnerabilidade e iniquidade.

Ao Sisvan deverão ser incorporados o acompanhamento nutricional e o de saúde das populações assistidas pelos programas de transferência de renda no sentido de potencializar os esforços desenvolvidos pelas equipes de saúde, qualificando a informação e a atenção nutricional dispensada a essas famílias.

Na perspectiva de integração e da organização da saúde indígena, buscando a superação da extrema vulnerabilidade nutricional dessas populações, deverá ser destacada a vigilância alimentar e nutricional com a integração e operacionalização dos sistemas de informação existentes.

Para o diagnóstico amplo, nos territórios sob a responsabilidade da atenção básica à saúde, é necessária a análise conjunta dos dados de vigilância alimentar e nutricional com outras informações de natalidade, morbidade, mortalidade, cobertura de programas e dos serviços de saúde, entre outras disponíveis nos demais sistemas de informação em saúde.

A vigilância alimentar e nutricional deverá contribuir com outros setores de governo, com vistas ao monitoramento do padrão alimentar e dos indicadores nutricionais que compõem o conjunto de informações para a vigilância da Segurança Alimentar e Nutricional.

As chamadas nutricionais consistem em pesquisas transversais realizadas em datas estratégicas - como o “dia nacional de imunização” - permitindo estudos sobre aspectos da alimentação e nutrição infantil, bem como de políticas sociais de transferência de renda e de acesso aos alimentos direcionados a esse público. Devem ser implementadas nos diferentes níveis, do local ao nacional.

No campo dos inquéritos populacionais, é fundamental a garantia da realização regular e contínua de pesquisas que abordem a disponibilidade domiciliar de alimentos, o consumo alimentar pessoal e o estado nutricional da população brasileira, tais como as Pesquisas de Orçamentos Familiares, realizadas, pelo Instituto Nacional de Geografia e Estatística (IBGE). Também deverão ser garantidos inquéritos regulares sobre a saúde e nutrição materna e infantil, tais como as Pesquisas Nacionais de Demografia e Saúde (PNDS).

Com vistas a subsidiar a gestão, os indicadores de alimentação e nutrição deverão ser reforçados nos sistemas de acompanhamento da situação de saúde da população, com a inclusão nas salas de situação em saúde e a constituição de centros de informação em alimentação e nutrição, destacando sua utilização nos instrumentos de planejamento e pactuação do SUS.

4.4 Gestão das Ações de Alimentação e Nutrição

A PNAN, além de se constituir como uma referência política e normativa para a realização dos direitos à alimentação e à saúde, representa uma estratégia que articula dois sistemas: o Sistema Único de Saúde, seu locus institucional, e o Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), espaço de articulação e coordenação intersetorial.

Sua natureza transversal às demais políticas de saúde e seu caráter eminentemente intersetorial colocam o desafio da articulação de uma agenda comum de alimentação e nutrição com os demais setores do governo e sua integração às

demais políticas, programas e ações do SUS. Assim, as estruturas gerenciais devem possibilitar a construção de estratégias capazes de elaborar e concretizar processos, procedimentos e fluxos de gestão, em consonância com as suas realidades organizacionais e que promovam a formulação, a implementação e o monitoramento das suas ações de alimentação e nutrição.

Cabe aos gestores do SUS, nas esferas federal, estadual, distrital e municipal, promover a implementação da PNAN por meio da viabilização de parcerias e da articulação interinstitucional necessária para fortalecer a convergência dela com os Planos de Saúde e de Segurança Alimentar e Nutricional.

O aperfeiçoamento dos processos de planejamento e avaliação das ações deve ser estimulado para subsidiar a pactuação e a incorporação das ações nos instrumentos de gestão.

A pactuação entre as esferas de governo para a efetivação da PNAN deve respeitar todos os preceitos e instâncias praticados no SUS, para que suas ações possam ser assumidas e incorporadas pelos gestores das três esferas de governo no contexto da rede de atenção à saúde e, com isso, consolidarem-se em todo o território nacional.

Para o alcance da melhoria das condições de alimentação e nutrição da população, faz-se necessário garantir estratégias de financiamento tripartite para implementação das diretrizes da PNAN, tendo como prioridade:

- A aquisição e distribuição de insumos para prevenção e tratamento das carências nutricionais específicas;
- A adequação de equipamentos e estrutura física dos serviços de saúde para realização das ações de vigilância alimentar e nutricional;
- A garantia de processo de educação permanente em alimentação e nutrição para trabalhadores de saúde;
- A garantia de processos adequados de trabalho para a organização da atenção nutricional no SUS.

No âmbito da Cooperação Internacional, a trajetória brasileira das políticas públicas de alimentação e nutrição e de segurança alimentar e nutricional pode contribuir de forma solidária para o desenvolvimento de políticas de nutrição em outros países. Para tanto, devem ser incorporados à política externa brasileira os princípios do direito humano à alimentação, da soberania e segurança alimentar e nutricional, no escopo dos acordos e mecanismos de cooperação internacional.

Nesse sentido, a PNAN contribui junto a outras iniciativas do Ministério da Saúde para estreitar relações de cooperação internacional, com foco nos países que integram a relação Sul/Sul, especialmente em nível regional no MERCOSUL, América Latina e Caribe. Atenção diferenciada deve ser dada aos países africanos de língua oficial portuguesa (PALOPS).

A atuação do Ministério da Saúde junto às Agências da ONU, como o Comitê de Nutrição das Nações Unidas (SCN), a Organização Pan-Americana de Saúde e o Comitê de Segurança Alimentar da FAO, deve ser estimulada na perspectiva de colaborar na construção de recomendações e metas de desenvolvimento global relacionadas à alimentação e nutrição.

O propósito e as diretrizes desta Política evidenciam a necessidade de um processo contínuo de acompanhamento e avaliação de sua implementação. O acompanhamento e a avaliação voltados para a gestão da PNAN devem focar o aprimoramento da política e de sua implementação nas esferas do SUS. O objetivo é verificar a repercussão desta Política na saúde e na qualidade de vida da população, buscando a caracterização e compreensão de uma situação para tomada de decisão, bem como para a proposição de critérios e normas que impactem diretamente o desempenho da política e seus indicadores nos diferentes níveis de atuação.

Para essa finalidade, a construção do monitoramento das ações da PNAN parte da identificação da produção e dos processos desenvolvidos pela gestão federal, acrescidos em cada esfera dos processos próprios e específicos de apreensão e adequação das diretrizes emanadas da política nacional. Deverá levar em conta os problemas nutricionais priorizados, a participação e o acesso da população aos programas e ações da PNAN. Esse processo exigirá a definição de prioridades, objetivos, estratégias e metas para a atenção nutricional.

A evolução do acompanhamento para um sistema tripartite e participativo de monitoramento da PNAN, que considere as dimensões de respeito aos direitos das pessoas e a adequação dos serviços prestados, se dará em consonância com os sistemas de planejamento e pactuação do SUS.

Ao viabilizar essa avaliação, deverão ser considerados indicadores que permitam verificar em que medida são consolidados os princípios e diretrizes do SUS, na conformidade do detalhamento feito no Art. 7.º, da Lei nº 8.080/90, observando-se, por exemplo, se:

- o potencial dos serviços de saúde e as possibilidades de utilização pelo usuário estão sendo devidamente divulgados junto à população;
- o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática estão sendo fundamentados na epidemiologia;
- os planos, programas, projetos e atividades que operacionalizam a PNAN estão sendo desenvolvidos de forma descentralizada, considerando a direção única e as responsabilidades em cada esfera de gestão.

O processo de acompanhamento e avaliação desta Política envolverá, também, a avaliação do cumprimento dos compromissos internacionais assumidos pelo País nesse contexto. No conjunto desses compromissos, cabe destacar aqueles de iniciativa das Nações Unidas, representadas por diversas agências internacionais – tais como a FAO, a OMS, o Unicef, o Alto Comissariado de Direitos Humanos – que destinam-se a incorporar, na agenda dos governos, concepções, objetivos, metas e estratégias de alimentação e nutrição.

4.5 Participação e Controle Social

O SUS é marco da construção democrática e participativa das políticas públicas no Brasil. Sua legislação definiu mecanismos para que a participação popular, fundamental para sua constituição, faça parte do seu funcionamento através da prática do controle social nos Conselhos e Conferências de Saúde nas três esferas de governo.

A formulação dos planos de saúde deve emergir dos espaços onde acontecem a aproximação entre a construção da gestão descentralizada, o desenvolvimento da atenção integral à saúde e o fortalecimento da participação popular, com poder deliberativo e/ ou caráter consultivo.

As perspectivas Intersetorial da Saúde e da Segurança Alimentar e Nutricional permitem considerar o cidadão na sua totalidade, nas suas necessidades individuais e coletivas, demonstrando que ações resolutivas nessas áreas requerem, necessariamente, parcerias com outros setores como Educação, Trabalho e Emprego, Habitação, Cultura e outros. Assim, o contexto da intersetorialidade estimula e requer mecanismos de envolvimento da sociedade. Demanda a participação dos movimentos sociais nos processos decisórios sobre qualidade de vida e saúde de que dispõem.

Dessa forma, o debate sobre a PNAN e suas ações nos diversos fóruns deliberativos e consultivos, congressos, seminários e outros, criam condições para a reafirmação de seu projeto social e político e devem ser estimulados, sendo os Conselhos e as Conferências de Saúde espaços privilegiados para discussão das ações de alimentação e nutrição no SUS.

A CIAN é uma das comissões do Conselho Nacional de Saúde (CNS) prevista na Lei nº 8080/90 e tem por objetivo: acompanhar, propor e avaliar a operacionalização das diretrizes e prioridades da PNAN e promover a articulação e a complementaridade de políticas, programas e ações de interesse da saúde, cujas execuções envolvem áreas não compreendidas no âmbito específico do SUS (BRASIL, 1990). A criação de CIAN, em âmbito estadual, distrital e municipal potencializará o debate acerca da PNAN na agenda dos Conselhos de Saúde. Nesse sentido, deverá ser fortalecido o papel dos conselheiros de saúde na expressão de demandas sociais relativas aos direitos humanos à saúde e à alimentação, definição e acompanhamento de ações derivadas da PNAN, em seu âmbito de atuação.

A instituição do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – CONSEA e das Conferências Nacionais de Segurança Alimentar e Nutricional e o fortalecimento simultâneo dos diversos fóruns e conselhos das políticas relacionadas à Segurança Alimentar e Nutricional trazem como desafio para o CNS e a CIAN, a ampliação do diálogo e a busca de consensos para construir democraticamente as demandas da sociedade civil sobre a PNAN e sobre o conjunto de programas e políticas a ela relacionadas.

A participação social deve estar presente nos processos cotidianos do SUS, sendo transversal ao conjunto de seus princípios e diretrizes. Assim, deve ser reconhecido e apoiado o protagonismo da população na luta pelos seus direitos à saúde e à alimentação por meio da criação e fortalecimento de espaços de escuta da sociedade, de participação popular na solução de demandas e de promoção da inclusão social de populações específicas.

4.6 Qualificação da Força de Trabalho

A situação alimentar e nutricional da população brasileira e o Plano Nacional de Saúde, combinados com o movimento em defesa da segurança alimentar e nutricional, fornecem indicações importantes para a ordenação da formação dos trabalhadores do setor saúde que atuam na agenda da alimentação e nutrição no SUS. Nesse contexto, torna-se imprescindível a qualificação dos profissionais em consonância com as necessidades de saúde, alimentação e nutrição da população, sendo estratégico considerar o processo de trabalho em saúde como eixo estruturante para a organização da formação da força de trabalho.

Faz-se necessário desenvolver e fortalecer mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho para gestão e atenção nutricional, de valorização dos profissionais de saúde, com o estímulo e viabilização da formação e da educação permanente, da garantia de direitos trabalhistas e previdenciários, da qualificação dos vínculos de trabalho e da implantação de carreiras que associem desenvolvimento do trabalhador com qualificação dos serviços ofertados aos usuários.

A qualificação dos gestores e de todos os trabalhadores de saúde para implementação de políticas, programas e ações de alimentação e nutrição voltadas à atenção e vigilância alimentar e nutricional, promoção da alimentação adequada e saudável e a segurança alimentar e nutricional representa uma necessidade histórica e estratégica para o enfrentamento dos agravos e problemas decorrentes do atual quadro alimentar e nutricional brasileiro.

A Educação permanente em saúde revela-se a principal estratégia para qualificar as práticas de cuidado, gestão e participação popular. Deve embasar-se num processo pedagógico que parte do cotidiano do trabalho envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores (conhecimentos, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho) e que considerem elementos que façam sentido para os atores envolvidos. As mudanças na gestão e na atenção ganham maior efetividade quando produzidas pela afirmação da autonomia dos sujeitos envolvidos, que contratam entre si responsabilidades compartilhadas nos processos de gerir e de cuidar.

Um dispositivo importante seria a constituição de estratégias de articulação dos gestores com as instituições formadoras para desenvolvimento de projetos de formação em serviço, campos para extensão e pesquisa na rede de atenção à saúde do SUS que possibilitem o desenvolvimento de práticas do cuidado relacionadas à alimentação e nutrição.

Os cursos de graduação e pós-graduação na área de saúde, em especial de Nutrição, devem contemplar a formação de profissionais que atendam às necessidades sociais em alimentação e nutrição e que estejam em sintonia com os princípios do SUS e da PNAN.

Os Centros Colaboradores de Alimentação e Nutrição (CECAN), localizados em instituições públicas de ensino e pesquisa e credenciados pelo Ministério da Saúde para o apoio ao desenvolvimento de estratégias que aperfeiçoem as ações da PNAN, são parceiros estratégicos para articular as necessidades do SUS com a formação e qualificação dos profissionais de saúde para agenda de Alimentação e Nutrição.

4.7 Controle e Regulação dos Alimentos

O planejamento das ações que garantam a inocuidade e a qualidade nutricional dos alimentos, controlando e prevenindo riscos à saúde, se faz presente na agenda da promoção da alimentação adequada e saudável e da proteção à saúde. A preocupação em ofertar o alimento saudável e com garantia de qualidade biológica, sanitária, nutricional e tecnológica à população é o produto final de uma cadeia de processos, desde a produção (incluindo a agricultura tradicional e familiar), processamento, industrialização, comercialização, abastecimento até a distribuição, cuja responsabilidade é partilhada com diferentes setores de governo e da sociedade.

A atual complexidade da cadeia produtiva de alimentos coloca a sociedade brasileira diante de novos riscos à saúde, como a presença de agrotóxicos, aditivos, contaminantes, organismos geneticamente modificados e a inadequação do perfil nutricional dos alimentos. O avanço da tecnologia contribui para maior oferta e variedade de alimentos no mercado e alto grau de processamento dos alimentos industrializados - cuja composição é afetada pelo uso excessivo de açúcar, sódio e gorduras, gerando alimentos de elevada densidade energética. Essas novas formulações, aliadas ao aumento de consumo de refeições fora do lar exigem adequações na regulação de alimentos.

Nesse contexto, a segurança sanitária busca a proteção da saúde humana, considerando as mudanças ocorridas na cadeia de produção até o consumo dos alimentos, nos padrões socioculturais decorrentes da globalização e as adaptações ao modo de produção de alimentos em escala internacional. Assim, o risco sanitário deve focar a abordagem integral de

saúde e considerar, além de si próprio, o risco nutricional decorrente desse cenário, ampliando a capacidade de o Estado fazer uso dos instrumentos legais de controle necessários à proteção da saúde da população.

A PNAN e o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária – SNVS se convergem na finalidade de promover e proteger a saúde da população na perspectiva do direito humano à alimentação, por meio da normatização e do controle sanitário da produção, comercialização e distribuição de alimentos.

As medidas sanitárias adotadas para alimentos se baseiam na análise de risco, considerando-se o risco como a probabilidade de um efeito adverso à saúde em consequência de um perigo físico, químico ou biológico com o potencial de causar esse efeito adverso à saúde. Dessa forma, é fundamental o uso da ferramenta de análise de risco com a finalidade de monitorar e assegurar à população a oferta de alimentos seguros e adequados nutricionalmente, respeitando o direito individual na escolha e decisão sobre os riscos aos quais irá se expor. Nesse sentido, implementar e utilizar as Boas Práticas Agrícolas, Boas Práticas de Fabricação, Boas Práticas Nutricionais e o Sistema Análise de Perigos e Pontos Críticos de Controle – APPCC, na cadeia de produção de alimentos, potencializa e assegura as ações de proteção à saúde do consumidor.

Para que os órgãos de controle sanitário de alimentos possam viabilizar as ações de monitoramento e responder oportunamente às demandas que lhes são apresentadas, é preciso que sejam dotados de capacidade de resposta rápida, com um sistema ágil que permita o acompanhamento dessas ações de forma a reavaliar processos, produzir informações e a subsidiar a tomada de decisões. Dessa maneira, faz-se necessário revisar e aperfeiçoar os regulamentos sanitários e norteá-los em conformidade às diretrizes nacionais da PAAS e da garantia do direito humano à alimentação e reforçar a capacidade técnica e analítica da rede nacional de vigilância sanitária.

O monitoramento da qualidade dos alimentos deve considerar aspectos sanitários, como o microbiológico e o toxicológico, e do seu perfil nutricional, como teores de macro e micronutrientes, articulando-se com as estratégias de fortificação obrigatória de alimentos e de reformulação do perfil nutricional de alimentos processados com vistas à redução de gorduras, açúcares e sódio.

Especificamente a ação de monitoramento da publicidade e propaganda de alimentos deve buscar aperfeiçoar o direito à informação, de forma clara e precisa, com intuito de proteger o consumidor das práticas potencialmente abusivas e enganosas e promover autonomia individual para escolha alimentar saudável. Essa estratégia deve limitar a promoção comercial de alimentos não-saudáveis para as crianças e aperfeiçoar a normatização da publicidade de alimentos, por meio do monitoramento e fiscalização das normas que regulamentam a promoção comercial de alimentos.

A comunicação e os canais de interação com os consumidores devem ser ampliados, estabelecendo ações contínuas de informação para que as medidas de controle e regulação sejam compreendidas e plenamente utilizadas pela população. A maior compreensão da percepção de risco nutricional e de saúde por parte do consumidor é fundamental para o desenvolvimento de estratégias efetivas de enfrentamento às práticas inadequadas de alimentação.

A rotulagem nutricional dos alimentos constitui instrumento central no aperfeiçoamento do direito à informação. O acesso à informação fortalece a capacidade de análise e decisão do consumidor, portanto, essa ferramenta deve ser clara e precisa para que possa auxiliar na escolha de alimentos mais saudáveis. Apesar do avanço normativo da rotulagem nutricional obrigatória, ainda é possível se deparar com informações excessivamente técnicas e publicitárias que podem induzir à interpretação equivocada. Dessa forma é preciso aprimorar as informações obrigatórias contidas nos rótulos dos alimentos de forma a torná-las mais compreensíveis e estender o uso da normativa para outros setores de produção de alimentos.

As ações relacionadas à regulação de alimentos devem estar coordenadas e integradas à garantia da inocuidade e qualidade nutricional de alimentos, com o fortalecimento institucional dos setores comprometidos com a saúde pública e a transparência do processo regulatório - em especial dos agrotóxicos em alimentos, aditivos e alimentos destinados a grupos populacionais com necessidades alimentares específicas.

Atualmente o Brasil compõe o Mercado Comum do Sul – Mercosul que apresenta políticas de regulamentação, estabelecendo práticas equitativas de comércio para os produtos alimentícios a partir da internalização e harmonização de legislações internacionais. Essas normas são amplamente discutidas com objetivo de estabelecer a livre circulação de gêneros alimentícios seguros e saudáveis, adaptadas às políticas e aos programas públicos de cada país. Outro fórum internacional de regulação de alimentos é o Codex Alimentarius, do qual o Brasil faz parte e deve levar em conta as recomendações desse espaço com vistas à defesa da saúde e da nutrição da população brasileira.

4.8 Pesquisa, Inovação e Conhecimento em Alimentação e Nutrição

O desenvolvimento do conhecimento e o apoio à pesquisa, à inovação e à tecnologia, no campo da alimentação e nutrição em saúde coletiva, possibilitam a geração de evidências e instrumentos necessários para implementação da PNAN.

Com relação ao conhecimento da situação alimentar e nutricional, o Brasil conta, atualmente, com os sistemas de informação de saúde e, em especial, o SISVAN, bem como pesquisas periódicas de base populacional nacional e local. Nesse aspecto, é importante que essas fontes de informação sejam mantidas e fortalecidas e que a documentação do diagnóstico alimentar e nutricional da população brasileira seja realizada por regiões, estados, grupos populacionais, etnias, raças/cores, gêneros, escolaridade, entre outros recortes que permitam visualizar a determinação social do fenômeno.

É fundamental manter e fomentar investimentos em pesquisas de delineamento e avaliação de novas intervenções e de avaliação de programas e ações propostos pela PNAN, para que os gestores disponham de uma base sólida de evidências que apoiem o planejamento e a decisão para a atenção nutricional no SUS. Deve-se, portanto, manter atualizada uma agenda de prioridades de pesquisas em alimentação e nutrição de interesse nacional e regional, pautada na agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde.

Desse modo, é importante a ampliação do apoio técnico, científico e financeiro às linhas de investigação aliadas às demandas dos serviços de saúde, que desenvolvam metodologias e instrumentos aplicados à gestão, execução, monitoramento e avaliação das ações relacionadas à PNAN. Para esse fim, os Centros Colaboradores em Alimentação e Nutrição (CECAN) constituem uma rede colaborativa interinstitucional de cooperação técnico-científica, que deve ser aprimorada e fortalecida à medida que produzem evidências que contribuem para o fortalecimento da gestão e atenção nutricional na rede de atenção à saúde do SUS.

4.9 Cooperação e articulação para a Segurança Alimentar e Nutricional

A Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base: práticas alimentares promotoras da saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis. Esse conceito congrega questões relativas à produção e disponibilidade de alimentos (suficiência, estabilidade, autonomia e sustentabilidade) e à preocupação com a promoção da saúde, interligando os dois enfoques que nortearam a construção do conceito de SAN no Brasil: o socioeconômico e o de saúde e nutrição.

A garantia de SAN para a população, assim como a garantia do direito à saúde, não depende exclusivamente do setor saúde, mas este tem papel essencial no processo de articulação Intersetorial.

A intersectorialidade permite o estabelecimento de espaços compartilhados de decisões entre instituições e diferentes setores do governo que atuam na produção da saúde e da SAN na formulação, implementação e acompanhamento de políticas públicas que possam ter impacto positivo sobre a saúde da população. Assim, a PNAN deve interagir com a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN) e outras políticas de desenvolvimento econômico e social, ocupando papel importante na estratégia de desenvolvimento das políticas de SAN, principalmente em aspectos relacionados ao diagnóstico e vigilância da situação alimentar e nutricional e à promoção da alimentação adequada e saudável.

A articulação e cooperação entre o SUS e Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) proporcionará o fortalecimento das ações de alimentação e nutrição na rede de atenção à saúde, de modo articulado às demais ações de SAN com vistas ao enfrentamento da insegurança alimentar e nutricional e dos agravos em saúde, na ótica de seus determinantes sociais.

Deverão ser destacadas ações direcionadas: (i) à melhoria da saúde e nutrição das famílias beneficiárias de programas de transferência de renda, implicando ampliação do acesso aos serviços de saúde; (ii) à interlocução com os setores responsáveis pela produção agrícola, distribuição, abastecimento e comércio local de alimentos visando o aumento do acesso a alimentos saudáveis; (iii) à promoção da alimentação adequada e saudável em ambientes institucionais como escolas, creches, presídios, albergues, locais de trabalho, hospitais, restaurantes comunitários, entre outros; (iv) à articulação com as redes de educação e sócio-assistencial para a promoção da educação alimentar e nutricional; (v) à articulação com a vigilância sanitária para a regulação da qualidade dos alimentos processados e o apoio à produção de

alimentos advinda da agricultura familiar, dos assentamentos da reforma agrária e de comunidades tradicionais, integradas à dinâmica da produção de alimentos do país.

5 RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS

Em observância aos princípios do SUS, os gestores de saúde nas três esferas, de forma articulada e dando cumprimento às suas atribuições comuns e específicas, atuarão no sentido de viabilizar o alcance do propósito desta PNAN.

5.1 Responsabilidades do Ministério da Saúde

- Elaborar o plano de ação dentro dos instrumentos de planejamento e gestão para implementação da PNAN, considerando as questões prioritárias e as especificidades regionais de forma contínua e articulada com o Plano Nacional de Saúde e instrumentos de planejamento e pactuação do SUS;
- Pactuar, na Comissão Intergestores Tripartite, prioridades, objetivos, estratégias e metas para implementação de programas e ações de alimentação e nutrição na rede de atenção à saúde, mantidos os princípios e as diretrizes gerais da PNAN;
- Garantir fontes de recursos federais para compor o financiamento de programas e ações de alimentação e nutrição na rede de atenção à saúde nos Estados, Distrito Federal e Municípios.
- Avaliar e monitorar as metas nacionais de alimentação e nutrição para o setor saúde, de acordo com a situação epidemiológica e nutricional e as especificidades regionais;
- Prestar assessoria técnica e apoio institucional no processo de gestão, planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações de alimentação e nutrição na rede de atenção à saúde;
- Apoiar a articulação de instituições, em parceria com as Secretarias Estaduais, Municipais e do Distrito Federal de Saúde, para capacitação e a educação permanente dos profissionais de saúde para a gestão, planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações de alimentação e nutrição no SUS;
- Prestar assessoria técnica aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios na implantação dos sistemas de informação dos programas de alimentação e nutrição e de outros sistemas de informação em saúde que contenham indicadores de alimentação e nutrição;
- Apoiar a organização de uma rede de Centros Colaboradores em Alimentação e Nutrição, fomentando o conhecimento e a construção de evidências no campo da alimentação e nutrição para o SUS;
- Apoiar e fomentar a realização de pesquisas consideradas estratégicas no contexto desta Política, mantendo atualizada uma agenda de prioridades de pesquisa em Alimentação e Nutrição para o SUS;
- Promover, no âmbito de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação das diretrizes da PNAN e à articulação do SUS com SISAN;
- Estimular e apoiar o processo de discussão sobre as ações e programas em Alimentação e Nutrição da rede de atenção à saúde, com participação dos setores organizados da sociedade nas instâncias colegiadas e de controle social, em especial, na CIAN do Conselho Nacional de Saúde e no Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional;
- Viabilizar e estabelecer parcerias com organismos internacionais, organizações governamentais e não governamentais e com o setor privado, pautadas pelas necessidades da população e pelo interesse público, avaliando os riscos para o bem comum, com autonomia e respeito aos preceitos éticos, para a garantia dos direitos à saúde e à alimentação, com vistas à segurança alimentar e nutricional do povo brasileiro.

5.2 Responsabilidades das Secretarias Estaduais de Saúde e do Distrito Federal

- Implementar a PNAN, no âmbito do seu território, respeitando suas diretrizes e promovendo as adequações necessárias, de acordo com o perfil epidemiológico e as especificidades regionais e locais;

- Pactuar na Comissão Intergestores Bipartite e nas Comissões Intergestores Regionais, prioridades, objetivos, estratégias e metas para implementação de programas e ações de alimentação e nutrição na rede de atenção à saúde, mantidos os princípios e as diretrizes gerais da PNAN;

- Elaborar o plano de ação para implementação da PNAN, considerando as questões prioritárias e as especificidades regionais de forma contínua e articulada com o Plano Estadual de Saúde e instrumentos de planejamento e pactuação do SUS;

- Destinar recursos estaduais para compor o financiamento tripartite das ações de alimentação e nutrição na rede de atenção à saúde no âmbito estadual;

- Prestar assessoria técnica e apoio institucional aos municípios e às regionais de saúde no processo de gestão, planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações de alimentação e nutrição;

- Desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de capacitação e educação permanente dos trabalhadores da saúde para a gestão, planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações de alimentação e nutrição no âmbito estadual, respeitando as diversidades locais e consoantes à PNAN;

- Promover, no âmbito de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação das diretrizes da PNAN e à articulação do SUS com o SISAN na esfera estadual;

- Viabilizar e estabelecer parcerias com organismos internacionais, organizações governamentais e não governamentais e com o setor privado, pautadas pelas necessidades da população da região e pelo interesse público, avaliando os riscos para o bem comum, com autonomia e respeito aos preceitos éticos, para a garantia dos direitos à saúde e à alimentação, com vistas à segurança alimentar e nutricional.

5.3 Responsabilidades das Secretarias Municipais de Saúde e do Distrito Federal

- Implementar a PNAN, no âmbito do seu território, respeitando suas diretrizes e promovendo as adequações necessárias, de acordo com o perfil epidemiológico e as especificidades locais, considerando critérios de risco e vulnerabilidade;

- Elaborar o plano de ação para implementação da PNAN nos municípios, com definição de prioridades, objetivos, estratégias e metas, de forma contínua e articulada com o Plano Municipal de Saúde e o planejamento regional integrado, se for o caso, e com os instrumentos de planejamento e pactuação do SUS;

- Destinar recursos municipais para compor o financiamento tripartite das ações de alimentação e nutrição na rede de atenção à saúde;

- Pactuar, monitorar e avaliar os indicadores de alimentação e nutrição e alimentar os sistemas de informação da saúde, de forma contínua, com dados produzidos no sistema local de saúde;

- Desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de capacitação e educação permanente dos trabalhadores da saúde para a gestão, planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações de alimentação e nutrição na esfera municipal e/ou das regionais de saúde;

- Fortalecer a participação e o controle social no planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações de alimentação e nutrição, no âmbito do Conselho Municipal de Saúde e demais instâncias de controle social existentes no município;

- Promover, no âmbito de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação das diretrizes da PNAN e à articulação do SUS com o SISAN na esfera municipal.

- Viabilizar e estabelecer parcerias com organismos internacionais, organizações governamentais e não governamentais e com o setor privado, pautadas pelas necessidades da população dos municípios e do Distrito Federal e pelo interesse público, avaliando os riscos para o bem comum, com autonomia e respeito aos preceitos éticos, para a garantia dos direitos à saúde e à alimentação, com vistas à segurança alimentar e nutricional.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APPOLINARIO, J. C.; CLAUDINO, A. M. Transtornos alimentares. Rev. Bras. Psiquiatria. [online]. v .22, supl. 2, 2000, p. 28- 31. Acesso em: fev. 2011.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, p.18055, 20 set. 1990.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 011, de 31 de outubro de 1991. Institui as Comissões Intersectoriais Nacionais, integrantes do Conselho Nacional de Saúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, 1 nov. 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 272/MS/SNVS, de 8 de abril de 1998. Aprova o Regulamento Técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Parenteral. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, 23 abr. 1998.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 63 de 6 de julho de 2000. Aprova o Regulamento Técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a Terapia Nutricional Enteral. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 7 jul. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, 18 set. 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 373, de 14 de junho de 2007. Aprova a reestruturação da Comissão Intersectorial de Alimentação – CIAN. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, 15 jun. 2007.

BRASIL. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil: relatório final. Brasília: Fiocruz, 2008a.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Políticas Sociais e Chamada Nutricional Quilombola: estudos sobre condições de vida nas comunidades e situação nutricional das crianças. Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate nº 9. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Chamada Nutricional da Região Norte – 2007: resumo executivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde, 2009c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 307 de 17 de setembro de 2009 (Republicada em 26.05.10). Estabelece Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Doença Celíaca. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, p. 79-81, 18 set. 2009e.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 64 de 4 de fevereiro de 2010. Altera o art. 6º da Constituição Federal para introduzir a alimentação como direito social. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, 5 fev. 2010a

BRASIL. Decreto nº 7.272, de 25 de agosto de 2010. Regulamenta a Lei no 11.346, de 15 de setembro de 2006, que cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN com vistas a assegurar o direito humano à alimentação adequada, institui a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - PNSAN, estabelece os parâmetros para a elaboração do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1 p.6, 26 ago. 2010b

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1 p. 89, 31 dez. 2010c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final do Seminário Nacional de Alimentação e Nutrição - PNAN 10 anos. Brasília, 2010d.

BRASIL. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Tradução Livre da Declaração de Nyélény. Foro Mundial pela Soberania Alimentar, Nyélény, Selingue, Mali, 28 de fevereiro de 2007. In: CONSEA. Manual orientador da 4ª Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Brasília: 2011a.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, p.1-3, 29 jun. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, p.48, 24 out. 2011c.

Conselho Federal de Nutricionistas. Resolução nº 380, de 2005. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, estabelece parâmetros numéricos de referência, por área de atuação, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, 10 jan. 2006.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa de Orçamentos Familiares POF 2002-2003. Análise da Disponibilidade Domiciliar de Alimentos e do Estado Nutricional no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2004.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa de Orçamentos Familiares POF 2002-2003. Antropometria e análise do estado nutricional de crianças e adolescentes no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2006.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa de Orçamentos Familiares POF 2008-2009. Antropometria e análise do estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

MONTEIRO, Carlos Augusto et al. Causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 35-43.

PEREIRA, M. P. B; BARCELLOS, C. O Território no Programa Saúde da Família. Hygeia - Rev. Bras. de Geografia Médica e da Saúde, v. 2, n. 2, p. 47-55, jun. 2006.

Sociedade Brasileira de Pediatria e Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia. Consenso Brasileiro sobre Alergia Alimentar: 2007. Rev. bras. alerg. imunopatol. – Vol. 31, Nº 2, 2008.

WORLD HEALTH ASSEMBLY. Estratégia global para a alimentação do bebê e da criança pequena. Resolution WHA A55.15, Geneva, 16 abr. 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Estratégia global em alimentação saudável, atividade física e saúde. 57ª Assembléia Mundial de Saúde, 25 maio 2004.

GLOSSÁRIO

Acolhimento: prática de receber, escutar, dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito às pessoas, atitude de inclusão, que deve estar presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores e usuários dos serviços de saúde.

Alergia Alimentar: reações adversas a alimentos, dependentes de mecanismos imunológicos, mediadas por imunoglobulina E (IgE) ou não. Os alimentos mais comumente envolvidos em alergias alimentares são leite de vaca, ovo de galinha, soja, trigo, amendoim, peixe e crustáceos.

Alimentação adequada e saudável: prática alimentar apropriada aos aspectos biológicos e socioculturais dos indivíduos, bem como ao uso sustentável do meio ambiente. Deve estar de acordo com as necessidades de cada fase do curso da vida e com as necessidades alimentares especiais; ser referenciada pela cultura alimentar e pelas dimensões de gênero, raça e etnia; ser acessível do ponto de vista físico e financeiro; harmônica em quantidade e qualidade; baseada em práticas produtivas adequadas e sustentáveis; com quantidades mínimas de contaminantes físicos, químicos e biológicos.

Alimentos para fins especiais: alimentos especialmente formulados ou processados, nos quais se introduzem modificações no conteúdo de nutrientes adequados à utilização em dietas diferenciadas e ou opcionais, atendendo necessidades de pessoas em condições metabólicas e fisiológicas específicas.

Atenção básica à saúde: 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, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde e sofrimento devem ser acolhidos.

Atenção integral à saúde: conjunto de ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, orientadas pelas necessidades da população, e que incluem a atitude do profissional no encontro com os usuários, a organização dos serviços de saúde e a construção de políticas públicas capazes de incidir sobre os determinantes sociais de saúde.

Atenção nutricional: compreende os cuidados relativos à alimentação e nutrição voltados à promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos, que devem estar associados às demais ações de atenção à saúde do SUS, para indivíduos, famílias e comunidades, contribuindo para a conformação de uma rede integrada, resolutiva e humanizada de cuidados.

Avaliação nutricional: análise de indicadores diretos (clínicos, bioquímicos, antropométricos) e indiretos (consumo alimentar, renda e disponibilidade de alimentos, entre outros) que têm como conclusão o diagnóstico nutricional do indivíduo ou de uma população.

Codex Alimentarius: comissão que tem por finalidade discutir e elaborar normas alimentares, regulamentos e outros textos relacionados à proteção da saúde do consumidor, assegurar práticas de comércio claras e promover a coordenação das normas alimentares construídas por organizações governamentais e não-governamentais.

Coordenação do cuidado: atuação como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção à saúde responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em quaisquer desses pontos, por meio de uma relação horizontal, contínua e integrada com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulado também outras estruturas públicas, comunitárias e sociais necessárias para o cuidado integral à saúde.

Cuidados relativos à alimentação e nutrição: compreendem o diagnóstico e vigilância alimentar e nutricional, promoção da alimentação adequada e saudável, educação alimentar e nutricional, orientação alimentar, prescrição dietética, fornecimento de alimentos para fins especiais, oferta da alimentação em nível hospitalar e suporte nutricional enteral e parenteral.

Diagnóstico nutricional: identificação e determinação do estado nutricional, com base em dados clínicos, bioquímicos, antropométricos e dietéticos, obtido a partir da avaliação nutricional de indivíduos ou coletividades.

Direito humano à alimentação adequada: direito humano inerente a todas as pessoas de ter acesso regular, permanente e irrestrito, quer diretamente ou por meio de aquisições financeiras, a alimentos seguros e saudáveis, em quantidade e qualidade adequadas e suficientes, correspondentes às tradições culturais do seu povo e que garantam uma vida livre do medo, digna e plena nas dimensões física e mental, individual e coletiva.

Diretrizes clínicas: 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.

Doença Celíaca: doença de caráter crônico causada pela intolerância permanente ao glúten, principal fração proteica presente no trigo, no centeio, na cevada e na aveia, que se expressa por enteropatia mediada por linfócitos T em indivíduos geneticamente predispostos, gerando uma redução na absorção dos nutrientes ingeridos

Equipe de referência: equipe de profissionais da atenção básica responsável pela população adscrita de um determinado território. A proposta de equipe de referência na atenção básica à saúde parte do pressuposto de que existe interdependência entre os profissionais. Prioriza a construção de objetivos comuns em um time com uma clientela adscrita bem definida. Assim, uma das funções importantes da coordenação (gerência) de uma equipe de referência é justamente produzir interação positiva entre os profissionais em busca das finalidades comuns, apesar das diferenças entre eles, sem tentar eliminar essas diferenças, mas aproveitando a riqueza que elas proporcionam.

Equipe de apoio matricial: conjunto de profissionais que não têm, necessariamente, relação direta e cotidiana com o usuário, mas cujas tarefas serão de prestar apoio às equipes de referência de forma a assegurar, de modo dinâmico e interativo, apoio especializado às equipes de referência nas dimensões assistencial (ação direta com os usuários) e técnico-pedagógico (ação de apoio educativo com e para a equipe). Para tanto, deve ocorrer a compreensão do que é conhecimento nuclear dos profissionais de apoio matricial e do que é conhecimento comum e compartilhável junto às equipes de referência.

Erros inatos do metabolismo: grupo de doenças geneticamente determinadas, decorrentes de deficiência em alguma via metabólica que está envolvida na síntese (anabolismo), transporte ou na degradação (catabolismo) de uma substância. O “Teste do Pezinho”, exame obrigatório do Programa de Triagem Neonatal, detecta as doenças de maior incidência como fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, anemia falciforme, hemoglobinopatias e fibrose cística.

Humanização: valorização dos diferentes sujeitos pertencentes ao processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores); fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; identificação das necessidades de saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde; compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento.

Intersetorialidade: articulação entre diferentes setores para enfrentar problemas complexos visando à superação da fragmentação das políticas nas várias áreas onde são executadas.

Intolerância Alimentar: reações adversas a alimentos não dependentes de mecanismos imunológicos (não imuno-mediadas). Pode ocorrer pela ausência de enzimas digestivas. Por exemplo, a não produção da enzima lactase, responsável pela digestão da lactose presente no leite, pode causar intolerância a este alimento e seus derivados e a preparações que os tenham como ingredientes.

Linhas de cuidado: forma de articulação dos 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, por meio 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 Linhas de Cuidado (LC) deve ser a partir das unidades da Atenção Básica, 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.

Mercado Comum do Sul - Mercosul: é uma área de livre circulação de bens com uma taxa comercial padronizada para um grupo de países. Há uma política comercial comum de países da América do Sul. Composta até o momento por quatro países: Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai.

Necessidades Alimentares Especiais: Em todas as fases do curso da vida ocorrem alterações metabólicas e fisiológicas que causam mudanças nas necessidades alimentares dos indivíduos, assim como um infinito número de patologias e agravos à saúde também podem causar mudanças nas necessidades alimentares. As Necessidades Alimentares Especiais estão aqui referidas como as necessidades alimentares, sejam restritivas ou suplementares, de indivíduos portadores de alteração metabólica ou fisiológica que cause mudanças, temporárias ou permanentes, relacionadas à utilização biológica de nutrientes ou a via de consumo alimentar (enteral ou parenteral). Exemplos: erros inatos do metabolismo, doença celíaca, HIV/AIDS, intolerâncias alimentares, alergias alimentares, transtornos alimentares, prematuridade, nefropatias, etc.

Nutrição Enteral: alimento para fins especiais, com ingestão controlada de nutrientes, na forma isolada ou combinada, de composição definida ou estimada, especialmente formulada e elaborada para uso por sondas ou via oral, industrializado ou não, utilizada exclusiva ou parcialmente para substituir ou complementar a alimentação oral em pacientes desnutridos ou não, conforme suas necessidades nutricionais, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, visando à síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas.

Nutrição Parenteral: solução ou emulsão, composta basicamente de carboidratos, aminoácidos, lipídios, vitaminas e minerais, estéril e apirogênica, acondicionada em recipiente de vidro ou plástico, destinada à administração intravenosa em pacientes desnutridos ou não, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, visando à síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas.

Pontos de Atenção à Saúde: são entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular. Exemplos: 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 à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos da rede de atenção à saúde e se diferenciam, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam.

Povos e Comunidades Tradicionais: de acordo com o Decreto nº 6.040, de 7 de fevereiro de 2007, que institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais, são grupos culturalmente diferenciados e que se reconhecem como tais, que possuem formas próprias de organização social, que ocupam e usam territórios e recursos naturais como condição para sua reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos, inovações e práticas gerados e transmitidos pela tradição. Incluem os indígenas, quilombolas, faxinais, fundos de pasto, geraizeiros, pantaneiros, caiçaras, ribeirinhos, seringueiros, castanheiros, quebradeiras de coco de babaçu, ciganos, comunidades de terreiros, pomeranos, sertanejos, agroextrativistas, vazanteiros, pescadores artesanais.

Prescrição Dietética: atividade privativa do nutricionista que envolve o planejamento dietético com base nas diretrizes estabelecidas no diagnóstico nutricional, que compõe a assistência prestada aos usuários dos serviços de saúde em âmbito hospitalar, ambulatorial ou domiciliar. Esse procedimento deve ser acompanhado de assinatura e número da inscrição no CRN do nutricionista responsável pela prescrição.

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. Seu objetivo 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 Básica, 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 AB 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.

Segurança alimentar e nutricional: de acordo com a Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis.

Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN): sistema público de abrangência nacional que possibilita a gestão Intersetorial e participativa e a articulação entre os entes federados para a implementação das políticas públicas promotoras da segurança alimentar e nutricional, numa perspectiva de complementaridade de cada setor. É integrado por uma série de órgãos e entidades da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS): compreende o conjunto de ações, definidas na Lei nº 8080/1990, executado por instituições da administração pública direta e indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, que exerçam atividades de regulação, normatização, controle e fiscalização na área de vigilância sanitária.

Soberania Alimentar: De acordo com a Declaração de Nyélény (2007), “é um direito dos povos a alimentos nutritivos e culturalmente adequados, acessíveis, produzidos de forma sustentável e ecológica, e seu direito de decidir seu próprio sistema alimentar e produtivo. Isso coloca aqueles que produzem, distribuem e consomem alimentos no coração dos sistemas e políticas alimentares, acima das exigências dos mercados e das empresas. (...) A soberania alimentar promove o comércio transparente, que garanta uma renda digna para todos os povos, e os direitos dos consumidores de controlarem sua própria alimentação e nutrição. Garante que os direitos de acesso e a gestão da terra, territórios, águas, sementes, animais e a biodiversidade estejam nas mãos daqueles que produzem os alimentos. A soberania alimentar supõe novas relações sociais livres de opressão e desigualdades entre homens e mulheres, grupos raciais, classes sociais e gerações”.

Suplementos Nutricionais: alimentos que servem para complementar, com calorias e ou nutrientes a dieta diária de uma pessoa saudável, em casos em que sua ingestão, a partir da alimentação, seja insuficiente, ou quando a dieta requer suplementação.

Suplementos Vitamínicos e/ou Minerais: alimentos que servem para complementar, com outros nutrientes, a dieta diária de uma pessoa saudável, em casos em que sua ingestão, a partir da alimentação, seja insuficiente, ou quando a dieta requer suplementação; devem conter um mínimo de 25% e no máximo 100% da ingestão diária recomendada (IDR) de vitaminas e/ou minerais, na porção diária indicada pelo fabricante, não podendo substituir os alimentos, nem serem considerados como dieta exclusiva.

Terapia nutricional: conjunto de procedimentos terapêuticos para manutenção ou recuperação do estado nutricional do paciente por meio da Nutrição Parenteral ou Enteral.

Territorialização: processo de demarcação das áreas de atuação dos serviços de saúde; de reconhecimento do ambiente, da população e da dinâmica social existente nessas áreas; e de identificação e estabelecimento de relações horizontais com outros serviços e equipamentos sociais do território.

Transtornos alimentares: desvios do comportamento alimentar que podem levar ao emagrecimento extremo (caquexia) ou à obesidade, entre outros problemas físicos e incapacidades. Incluem: Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Ortorexia, Vigorexia, Transtorno Obsessivo Compulsivo por alimentos, entre outros.

Vigilância alimentar e nutricional: consiste na descrição contínua e na predição de tendências das condições de alimentação e nutrição da população e seus fatores determinantes. Deverá ser considerada a partir de um enfoque ampliado que incorpore a vigilância nos serviços de saúde e a integração de informações derivadas de sistemas de informação em saúde, dos inquéritos populacionais, das chamadas nutricionais e da produção científica.

COLABORADORES

Colaboradores	Instituições*
Alexandre Soares de Brito	CGAN/DAB/SAS/MS
Ana Beatriz Vasconcelos	CGAN/DAB/SAS/MS
Ana Carolina Feldenheimer	CGAN/DAB/SAS/MS

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
Centro de Documentação
ctd@saude.sp.gov.br

Ana Maria Cavalcante de Lima	CGAN/DAB/SAS/MS
Aristel Gomes Bordini Fagundes	CGPO/SE/MS
Carlos Augusto Monteiro	Consultor
Carolina Belomo de Souza	CGAN/DAB/SAS/MS
Célio Luiz Cunha	CGAN/DAB/SAS/MS
Cora Araújo	Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição - UFPEL
Denise Cavalcante de Barros	Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição - FIOCRUZ
Denise Eduardo Oliveira	CGAN/DAB/SAS/MS
Denise Oliveira e Silva	Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição - FIOCRUZ
Dillian Adelaine Cesar da Silva	CGAN/DAB/SAS/MS
Dirceu Ditmar Klitzke	CGAN/DAB/SAS/MS
Edite Schutz	CGAN/DAB/SAS/MS
Eduardo Alves Melo	CGGAB/DAB/SAS/MS
Eduardo Augusto Fernandes Nilson	CGAN/DAB/SAS/MS
Élida Amorim Valentim	CGAN/DAB/SAS/MS
Elisabetta Recine	Ação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos - ABRANDH
Estelamaris Monego	Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição - UFG
Gilson Carvalho	Consultor
Gisele Bortolini	CGAN/DAB/SAS/MS
Helen Altoé Duar	CGAN/DAB/SAS/MS
Inês Rugani	Grupo de Trabalho Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva da ABRASCO
Ivanira Amaral Dias	Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição - UFPA
Janine Coutinho	Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS
José Divino Lopes Filho	Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição - UFMG
José Eudes Barroso Vieira	CGAN/DAB/SAS/MS
Juliana Amorim Ubarana	CGAN/DAB/SAS/MS
Juliana Rochet	Consultora
Karla Lisboa Ramos	CGAN/DAB/SAS/MS
Kathleen Sousa Oliveira	CGAN/DAB/SAS/MS
Kelly Poliany de Souza Alves	CGAN/DAB/SAS/MS
Letícia de Oliveira Cardoso	Consultora
Luciene Burlandy	Consultor
Luis Fernando Rolim Sampaio	Consultor
Márcia Fidélis	Associação Brasileira de Nutrição - ASBRAN
Maria da Conceição Monteiro da Silva	Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição - UFBA
Maria Teresa Gomes de Oliveira Ribas	Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Mariana Carvalho Pinheiro	CGAN/DAB/SAS/MS
Marília Leão	Ação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos - ABRANDH
Michele Lessa de Oliveira	Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - CONSEA
Nildes de Oliveira Andrade	Conselho Nacional de Saúde
Patrícia Chaves Gentil	CGAN/DAB/SAS/MS

Patrícia Constante Jaime	Centro de Referência em Alimentação e Nutrição – USP
Paula Jeane Araújo	CGAN/DAB/SAS/MS
Pedro Israel Cabral de Lira	Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição - UFPE
Regina Maria Ferreira Lang	Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição - UFPR
Regina Miranda	Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - CONSEA
Rosane Nascimento	Conselho Federal de Nutricionistas - CFN
Sara Araújo da Silva	CGAN/DAB/SAS/MS
Silvia Ângela Gugelmin	Consultor
Sônia Lucena	Associação Brasileira de Nutrição - ASBRAN
Vanessa de C. Figueiredo	Conselho Federal de Nutricionistas - CFN
Vanessa Schottz Rodrigues	Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - CONSEA
Vanessa Thomaz Franco	CGAN/DAB/SAS/MS

ANEXO 2 DO ANEXO III

DEFINIÇÃO DA ESTRUTURA E ATUAÇÃO DOS BANCOS DE LEITE HUMANO (BLH) (Origem: PRT MS/GM 2193/2006, Anexo 1)

Definição da estrutura e atuação dos Bancos de Leite Humano (BLH)

1. A estruturação dos Bancos de Leite Humano (BLH) no País será definida conforme as normas e orientações a seguir descritas.

a) a coordenação do processo de formulação da política pública de saúde referente a Bancos de Leite Humano, bem como a elaboração de critérios para implantação e implementação destas unidades são responsabilidade da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) por meio da Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno;

b) para o cumprimento dessa responsabilidade, a Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno contará com instâncias consultivas e assessoras, representadas pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), pela Comissão Nacional de Bancos de Leite Humano (CNBLH) e pelo Centro de Referência Nacional para Bancos de Leite Humano (CRNBLH).

c) a Comissão Nacional de Bancos de Leite Humano (CNBLH) será composta por 7 (sete) membros designados pela SAS conforme os seguintes critérios:

- coordenador da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (REDEBLH);
- um representante da Associação Brasileira de Profissionais de Bancos de Leite Humano (ABPBLH); e
- um representante de cada Região (Norte, Nordeste, Centro Oeste, Sudeste e Sul), escolhido entre os coordenadores dos bancos de leite humano da região.

2. Compete ao Banco de Leite Humano:

- a) promover, proteger e apoiar o aleitamento materno;
- b) operacionalizar, de forma otimizada, o excedente da produção láctica de suas doadoras;
- c) executar as operações de coleta, seleção e classificação, processamento, controle clínico, controle de qualidade e distribuição do Leite Humano Ordenhado (LHO), em conformidade com os dispositivos legais vigentes;
- d) responder pelo funcionamento dos Postos de Coleta a ele vinculados;

e) buscar a certificação da qualidade dos produtos e processos sob sua responsabilidade; e

f) a licença para funcionamento do Banco de Leite Humano condiciona-se à designação de um coordenador local de nível superior.

3. Compete à FIOCRUZ:

a) manter o Centro de Referência Nacional para Bancos de Leite Humano como instância responsável pela retroalimentação técnico-científica das ações relacionadas a Bancos de Leite Humano em todo o território nacional;

b) manter a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano como instância de articulação com o SUS para implantação e implementação das ações estratégicas definidas na política nacional de saúde para o setor;

4. Compete à Comissão Nacional de Bancos de Leite Humano (CNBLH):

a) assessorar a Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno da SAS na formulação, controle e avaliação da política relativa aos Bancos de Leite Humano, incluindo seus aspectos econômicos e financeiros;

b) discutir diretrizes, identificar necessidades e coordenar a produção de documentos técnicos e científicos;

c) assessorar o monitoramento das atividades, participar do redirecionamento de estratégias, apoiar o processo de articulação, mobilizando e sensibilizando setores do Governo e da sociedade civil para o desenvolvimento de ações inerentes ao tema; e

d) propor medidas sobre assuntos a ela submetidos pela SAS e pelos membros da Comissão.

5. O Centro de Referência Nacional para Bancos de Leite Humano (CRNBLH) é o Banco de Leite Humano do Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ, órgão de pesquisa e instância assessora e executora das ações planejadas para os bancos de leite humano pela Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno da SAS.

6. Caberá às Secretarias Estaduais de Saúde (SES) designar as Comissões Estaduais de Bancos de Leite Humano (CEBLH) e os Centros de Referência Estaduais em Banco de Leite Humano (CRE-BLH), vinculando-os à área competente que coordena as ações de aleitamento materno no seu âmbito respectivo.

7. As Comissões Estaduais de Bancos de Leite Humano terão por finalidade prestar assessoramento à área correspondente da Secretaria Estadual de Saúde no planejamento, no controle e na avaliação das ações de Bancos de Leite Humano.

8. Os Centros de Referência Estaduais de Bancos de Leite Humano são órgãos de pesquisa e instâncias executoras das ações planejadas pela área correspondente da Secretaria Estadual de Saúde.

ANEXO IV

Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (Origem: PRT MS/GM 1102/2010)

Art. 1º Fica instituída a Comissão Técnica e Multidisciplinar de elaboração e atualização da Relação Nacional de Plantas Medicinais (Renaplam) e da Relação Nacional de Fitoterápicos (Renafito) (COMAFITO), a ser coordenada pelo Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos e integrada por um representante de cada um dos seguintes órgãos, entidades e instituições, com total de 14 (quatorze) membros: (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 1º)

I - Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 1º, I)

a) Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos; (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 1º, I, a)

b) Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 1º, I, b)

c) Departamento de Ciência e Tecnologia ; (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 1º, I, c)

- d) Secretaria de Atenção à Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 1º, I, d)
- e) Secretaria-Executiva; (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 1º, I, e)
- f) Fundação Oswaldo Cruz; (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 1º, I, f)
- g) Agência Nacional de Vigilância Sanitária; e (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 1º, I, g)
- h) Farmacopéia Brasileira; (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 1º, I, h)
- II - sociedade científica (1 representante); e (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 1º, II)
- III - universidades (5 representantes) (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 1º, III)

Art. 2º A natureza, as competências, a composição e o funcionamento da Comissão de que trata o art. 1º serão definidos em regimento interno a ser aprovado por ato do Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 2º)

Art. 3º A Secretaria Executiva da COMAFITO será exercida por representante do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, que terá a função de organizar as atividades administrativas e de encaminhar outros assuntos de rotina que não necessitem da convocação de seus membros. (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 3º)

Parágrafo Único. A coordenação da COMAFITO deve ser exercida pelo coordenador da Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (COMARE). (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 3º, Parágrafo Único)

ANEXO V

Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS) (Origem: PRT MS/GM 2761/2013)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 1º)

CAPÍTULO I DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Art. 2º A PNEPS-SUS reafirma o compromisso com a universalidade, a equidade, a integralidade e a efetiva participação popular no SUS, e propõe uma prática político-pedagógica que perpassa as ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir do diálogo entre a diversidade de saberes, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e a inserção destes no SUS. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 2º)

Art. 3º A PNEPS-SUS é orientada pelos seguintes princípios: (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 3º)

- I - diálogo; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 3º, I)
- II - amorosidade; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 3º, II)
- III - problematização; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 3º, III)
- IV - construção compartilhada do conhecimento; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 3º, IV)
- V - emancipação; e (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 3º, V)
- VI - compromisso com a construção do projeto democrático e popular. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 3º, VI)

§ 1º Diálogo é o encontro de conhecimentos construídos histórica e culturalmente por sujeitos, ou seja, o encontro desses sujeitos na intersubjetividade, que acontece quando cada um, de forma respeitosa, coloca o que sabe à disposição para ampliar o conhecimento crítico de ambos acerca da realidade, contribuindo com os processos de transformação e de humanização. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Amorosidade é a ampliação do diálogo nas relações de cuidado e na ação educativa pela incorporação das trocas emocionais e da sensibilidade, propiciando ir além do diálogo baseado apenas em conhecimentos e argumentações logicamente organizadas. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 3º, § 2º)

§ 3º A problematização implica a existência de relações dialógicas e propõe a construção de práticas em saúde alicerçadas na leitura e na análise crítica da realidade. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 3º, § 3º)

§ 4º A construção compartilhada do conhecimento consiste em processos comunicacionais e pedagógicos entre pessoas e grupos de saberes, culturas e inserções sociais diferentes, na perspectiva de compreender e transformar de modo coletivo as ações de saúde desde suas dimensões teóricas, políticas e práticas. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 3º, § 4º)

§ 5º A emancipação é um processo coletivo e compartilhado no qual pessoas e grupos conquistam a superação e a libertação de todas as formas de opressão, exploração, discriminação e violência ainda vigentes na sociedade e que produzem a desumanização e a determinação social do adoecimento. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 3º, § 5º)

§ 6º O compromisso com a construção do projeto democrático e popular é a reafirmação do compromisso com a construção de uma sociedade justa, solidária, democrática, igualitária, soberana e culturalmente diversa que somente será construída por meio da contribuição das lutas sociais e da garantia do direito universal à saúde no Brasil, tendo como protagonistas os sujeitos populares, seus grupos e movimentos, que historicamente foram silenciados e marginalizados. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 3º, § 6º)

Art. 4º São eixos estratégicos da PNEPS-SUS: (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 4º)

I - participação, controle social e gestão participativa; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 4º, I)

II - formação, comunicação e produção de conhecimento; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 4º, II)

III - cuidado em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 4º, III)

IV - intersetorialidade e diálogos multiculturais. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 4º, IV)

§ 1º O eixo estratégico da participação, controle social e gestão participativa tem por objeto fomentar, fortalecer e ampliar o protagonismo popular, por meio do desenvolvimento de ações que envolvam a mobilização pelo direito à saúde e a qualificação da participação nos processos de formulação, implementação, gestão e controle social das políticas públicas. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 4º, § 1º)

§ 2º O eixo estratégico da formação, comunicação e produção de conhecimento compreende a ressignificação e a criação de práticas que oportunizem a formação de trabalhadores e atores sociais em saúde na perspectiva da educação popular, a produção de novos conhecimentos e a sistematização de saberes com diferentes perspectivas teóricas e metodológicas, produzindo ações comunicativas, conhecimentos e estratégias para o enfrentamento dos desafios ainda presentes no SUS. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 4º, § 2º)

§ 3º O eixo estratégico do cuidado em saúde tem por objeto fortalecer as práticas populares de cuidado, o que implica apoiar sua sustentabilidade, sistematização, visibilidade e comunicação, no intuito de socializar tecnologias e perspectivas integrativas, bem como de aprimorar sua articulação com o SUS. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 4º, § 3º)

§ 4º O eixo estratégico da intersetorialidade e diálogos multiculturais tem por objeto promover o encontro e a visibilidade dos diferentes setores e atores em sua diversidade, visando o fortalecimento de políticas e ações integrais e integralizadoras. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 4º, § 4º)

Art. 5º A PNEPS-SUS tem como objetivo geral implementar a Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS, contribuindo com a participação popular, com a gestão participativa, com o controle social, o cuidado, a formação e as práticas educativas em saúde. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 5º)

Art. 6º São objetivos específicos da PNEPS-SUS: (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 6º)

I - promover o diálogo e a troca entre práticas e saberes populares e técnico-científicos no âmbito do SUS, aproximando os sujeitos da gestão, dos serviços de saúde, dos movimentos sociais populares, das práticas populares de cuidado e das instituições formadoras; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 6º, I)

II - fortalecer a gestão participativa nos espaços do SUS; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 6º, II)

III - reconhecer e valorizar as culturas populares, especialmente as várias expressões da arte, como componentes essenciais das práticas de cuidado, gestão, formação, controle social e práticas educativas em saúde; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 6º, III)

IV - fortalecer os movimentos sociais populares, os coletivos de articulação social e as redes solidárias de cuidado e promoção da saúde na perspectiva da mobilização popular em defesa do direito universal à saúde; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 6º, IV)

V - incentivar o protagonismo popular no enfrentamento dos determinantes e condicionantes sociais de saúde; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 6º, V)

VI - apoiar a sistematização, a produção de conhecimentos e o compartilhamento das experiências originárias do saber, da cultura e das tradições populares que atuam na dimensão do cuidado, da formação e da participação popular em saúde; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 6º, VI)

VII - contribuir com a implementação de estratégias e ações de comunicação e de informação em saúde identificadas com a realidade, linguagens e culturas populares; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 6º, VII)

VIII - contribuir para o desenvolvimento de ações intersetoriais nas políticas públicas referenciadas na Educação Popular em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 6º, VIII)

IX - apoiar ações de Educação Popular na Atenção Primária em Saúde, fortalecendo a gestão compartilhada entre trabalhadores e comunidades, tendo os territórios de saúde como espaços de formulação de políticas públicas; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 6º, IX)

X - contribuir com a educação permanente dos trabalhadores, gestores, conselheiros e atores dos movimentos sociais populares, incorporando aos seus processos os princípios e as práticas da educação popular em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 6º, X)

XI - assegurar a participação popular no planejamento, acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações e estratégias para a implementação da PNEPS-SUS. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 6º, XI)

Art. 7º Compete ao Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 7º)

I - implementar as ações da PNEPS-SUS, incorporando-as no Plano Nacional de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 7º, I)

II - estabelecer estratégias e ações de planejamento, monitoramento e avaliação da PNEPS-SUS construídas no âmbito do Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (CNEPS); (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 7º, II)

III - garantir financiamento para implementação integral da PNEPS-SUS; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 7º, III)

IV - promover a articulação intrasetorial permanente para a implementação da PNEPS-SUS; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 7º, IV)

V - promover a intersetorialidade entre as políticas públicas que apresentam interface com a PNEPS-SUS; e (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 7º, V)

VI - apoiar tecnicamente as Secretarias Estaduais de Saúde na implementação da PNEPS-SUS. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 7º, VI)

Art. 8º Compete às Secretarias Estaduais de Saúde: (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 8º)

I - garantir a inclusão da PNEPS-SUS nos respectivos Planos Estadual e Plurianual de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 8º, I)

II - estabelecer estratégias e ações de planejamento, monitoramento e avaliação da PNEPS-SUS construídas de forma participativa com atores da sociedade civil implicados com a Educação Popular em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 8º, II)

III - apoiar tecnicamente as secretarias municipais de saúde na implementação da PNEPS-SUS; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 8º, III)

IV - garantir financiamento complementar aos municípios para a implantação da PNEPS-SUS; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 8º, IV)

V - promover a articulação intrasetorial permanente no âmbito estadual para a implementação da PNEPS-SUS; e (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 8º, V)

VI - promover a intersetorialidade entre as políticas públicas que apresentam interface com a PNEPS-SUS. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 8º, VI)

Art. 9º Compete às secretarias municipais de saúde: (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 9º)

I - garantir a inclusão da PNEPS-SUS nos respectivos Planos Municipal Plurianual de Saúde, em consonância com as realidades, demandas e necessidades locais; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 9º, I)

II - estabelecer e implementar estratégias e ações de planejamento, monitoramento e avaliação da PNEPS-SUS construídas de forma participativa com atores da sociedade civil implicados com a Educação Popular em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 9º, II)

III - implementar o Plano Operativo da PNEPS-SUS; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 9º, III)

IV - garantir financiamento solidário para a implantação da PNEPS-SUS; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 9º, IV)

V - promover a articulação intrasetorial permanente no âmbito estadual para a implementação da PNEPS-SUS; e (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 9º, V)

VI - promover a intersetorialidade entre as políticas públicas que apresentam interface com a PNEPS-SUS. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 9º, VI)

Art. 10. À Secretaria de Saúde do Distrito Federal compete as atribuições reservadas às secretarias de saúde dos estados e dos municípios. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 10)

Art. 11. Compete às Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Comissões Intergestores Regional (CIR) avaliar e aprovar os Planos Operativos da Educação Popular em Saúde, considerando as especificidades locais e a PNEPS-SUS. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 11)

Art. 12. A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS) articulará, no âmbito do Ministério da Saúde a elaboração de instrumentos com orientações específicas que se fizerem necessários à implementação da PNEPS-SUS. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 12)

CAPÍTULO II

DO COMITÊ NACIONAL DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE

Art. 13. Fica instituído o Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (CNEPS), com os seguintes objetivos: (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 1º)

I - participar da formulação, bem como acompanhar a implementação e a avaliação da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS; (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 1º, I)

II - colaborar com a elaboração de estratégias de mobilização, a fim de garantir a construção democrática e descentralizada da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS; (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 1º, II)

III - acompanhar os acordos negociados entre o Ministério da Saúde e os movimentos sociais referentes às práticas de Educação Popular em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 1º, III)

IV - apoiar os movimentos, as entidades e instituições com vistas ao desenvolvimento da Educação Popular em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 1º, IV)

V - contribuir para o fortalecimento da luta pelo direito à saúde e em defesa do SUS, por meio da participação popular, identificando, divulgando e promovendo novos canais de participação popular e controle social, assim como colaborando com os já instituídos conselhos e conferências; (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 1º, V)

VI - participar e colaborar com as iniciativas do Ministério da Saúde que visem à incorporação da Educação Popular em Saúde como prática democrática na construção de políticas públicas de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 1º, VI)

VII - apoiar e colaborar com a implementação do Programa Nacional de Inclusão Digital (PID) e com os processos de Educação Permanente para o Controle Social no SUS; (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 1º, VII)

VIII - contribuir, por meio dos princípios da Educação Popular em Saúde, com a construção das bases pedagógicas para a transformação das práticas de educação em saúde desenvolvidas no SUS, fortalecendo a autonomia da população e a relação fraterna e solidária entre gestores, profissionais e usuários dos serviços de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 1º, VIII)

IX - contribuir com as ações de extensão universitária, pesquisa e ensino das instituições e dos centros de ensino (universidades, faculdades, escolas técnicas, entre outras), que tenham a Educação Popular em Saúde como princípio ético na formação dos profissionais e educadores articulados com a realidade da população, em função da importância das práticas populares de saúde e da participação popular para a efetivação do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 1º, IX)

Art. 14. O Comitê será composto por representantes, titulares e suplentes, dos seguintes órgãos, entidades e organizações não governamentais a seguir indicados: (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º)

I - Ministério da Saúde (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, I)

a) 2 (dois) representantes da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), sendo um deles o Coordenador do Comitê; (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, I, a)

b) 1 (um) representante da Secretaria-Executiva (SE); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, I, b)

c) 2 (dois) representantes da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, I, c)

d) 1 (um) representante da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, I, d)

e) 1 (um) representante da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, I, e)

f) 1 (um) representante da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, I, f)

II - 1 (um) representante da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, II)

III - 1 (um) representante da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, III)

IV - 1 (um) representante da Agência Nacional de Saúde (ANS); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, IV)

V - 1 (um) representante da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, V)

VI - 2 (dois) representantes da Articulação Nacional de Educação Popular e Saúde (ANEPS); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, VI)

VII - 1 (um) representante da Rede de Educação Popular e Saúde (REDEPOP); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, VII)

VIII - 1 (um) representante da Articulação Nacional de Extensão Popular (ANEPOP); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, VIII)

IX - 1 (um) representante da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), por meio de seu Grupo de Trabalho de Educação Popular em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, IX)

X - 1 (um) representante do Movimento dos Trabalhadores Sem Terra (MST); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, X)

XI - 1 (um) representante da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, XI)

XII - 1 (um) representante do Movimento Popular de Saúde (MOPS); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, XII)

XIII - 1 (um) representante do Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, XIII)

XIV - 1 (uma) representante do Movimento de Mulheres Camponesas (MMC); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, XIV)

XV - 1 (um) representante da Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, XV)

XVI - 1 (um) representante da Central de Movimentos Populares (CMP); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, XVI)

XVII - 1 (um) representante da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, XVII)

XVIII - 1 (um) representante do segmento das parteiras tradicionais; (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, XVIII) (com redação dada pela PRT MS/GM 3075/2010)

XIX - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, XIX)

XX - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); e (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, XX)

XXI - 1 (um) representante do Fórum Permanente dos Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (Condisi). (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, XXI) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 3075/2010)

Parágrafo Único. Os membros, titulares e suplentes, do Comitê deverão ser indicados respectivamente, pelos órgãos, entidades e organizações não governamentais à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde, que os designará por meio de ato do seu titular. (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 15. Caberá à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), do Ministério da Saúde, apoiar, técnica e administrativamente o Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 3º)

Art. 16. 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 1256/2009, Art. 4º)

Art. 17. As funções dos membros do Comitê não serão remuneradas e seu exercício será considerado serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 5º)

Art. 18. O CNEPS elaborará, em sua primeira reunião, proposta de cronograma de trabalho e agenda de atividades a ser submetida à SGEP, bem como constituirá uma comissão para elaborar proposta de regimento interno a ser aprovado pelos seus membros. (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 6º)

Art. 19. O CNEPS reunirá, ordinariamente, 2 (duas) vezes ao ano e, extraordinariamente, quando se fizer necessário, observada a disponibilidade orçamentária e financeira. (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 7º)

ANEXO VI

Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública (Origem: PRT MS/GM 149/2016)

Art. 1º Ficam aprovadas as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública, com a finalidade de orientar os gestores e os profissionais dos serviços de saúde quanto à gestão, planejamento, uniformização, monitoramento e avaliação no que se refere ao acolhimento, diagnóstico, tratamento e cura, prevenção de incapacidades e organização do serviço. (Origem: PRT MS/GM 149/2016, Art. 1º)

Art. 2º As Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase visam ao fortalecimento das ações de vigilância e atenção da hanseníase, bem como à organização da rede de atenção integral e promoção da saúde, com base na comunicação, educação e mobilização social. (Origem: PRT MS/GM 149/2016, Art. 2º)

Art. 3º As Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública estarão elencadas no Manual Técnico Operacional disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br/svs. (Origem: PRT MS/GM 149/2016, Art. 3º)

ANEXO VII

Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (Origem: PRT MS/GM 737/2001)

Art. 1º Fica instituída, na forma do Anexo 1 do Anexo VII, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. (Origem: PRT MS/GM 737/2001, Art. 1º)

Parágrafo Único. A Política de que trata este artigo tem como objetivo a redução da morbimortalidade por acidentes e violências no País, mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas e sistematizadas. (Origem: PRT MS/GM 737/2001, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 2º Os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política ora aprovada, promoverão a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades em conformidade com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas. (Origem: PRT MS/GM 737/2001, Art. 2º)

ANEXO 1 do ANEXO VII

Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (Origem: PRT MS/GM 737/2001, Anexo 1)

POLÍTICA NACIONAL DE REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE POR ACIDENTES E VIOLÊNCIAS

I. INTRODUÇÃO

Os acidentes e as violências no Brasil configuram um problema de saúde pública de grande magnitude e transcendência, que tem provocado forte impacto na morbidade e na mortalidade da população.

A presente Política Nacional, instrumento orientador da atuação do setor saúde nesse contexto, adota como expressão desses eventos a morbimortalidade devida ao conjunto das ocorrências acidentais e violentas que matam ou geram agravos à saúde e que demandam atendimento nos serviços de saúde. Acresce a esse grupo de eventos aqueles que, mesmo não chegando aos serviços de saúde, são do conhecimento de outros setores da sociedade (polícias, hospitais não credenciados ao Sistema Único de Saúde - SUS, entre outros).

Assim delimitada, esta Política estabelece diretrizes e responsabilidades institucionais, nas quais estão contempladas e valorizadas medidas inerentes à promoção da saúde e à prevenção desses eventos, mediante o estabelecimento de processos de articulação com diferentes segmentos sociais.

Os acidentes e as violências resultam de lições ou omissões humanas e de condicionantes técnicos e sociais. Ao considerar que se trata de fenômeno de conceituação complexa, polissêmica e controversa, este documento assume como violência o evento representado por ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e ou espirituais a si próprio ou a outros (Minayo e Souza, 1998). Nesse sentido, apresenta profundos enraizamentos nas estruturas sociais, econômicas e políticas, bem como nas consciências individuais, numa relação dinâmica entre os envolvidos. Há diversas formas de expressão da violência: agressão física, abuso sexual, violência psicológica e violência institucional. Os diversos grupos populacionais são atingidos por diferentes tipos de violência com conseqüências distintas. Os homens sofrem mais violência que levam a óbito e tornam-se visíveis nos índices de mortalidade. Em outros segmentos, porém, sobretudo o de criança, adolescente, mulher e idoso, as violências não resultam necessariamente em óbito, mas repercutem, em sua maioria, no perfil de morbidade, devido ao seu impacto sobre a saúde.

De outra parte, acidente é entendido como o evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e ou emocionais no âmbito doméstico ou nos outros ambientes sociais, como o do trabalho, do trânsito, da escola, de esportes e o de lazer. Os acidentes também se apresentam sob formas concretas de agressões heterogêneas quanto ao tipo e repercussão. Entretanto, em vista da dificuldade para estabelecer, com precisão, o caráter de intencionalidade desses eventos, reconhece-se que os dados e as interpretações sobre acidentes e violências comportarão sempre um certo grau de imprecisão. Esta Política adota o termo acidente em vista de estar consagrado pelo uso, retirando-lhe, contudo, a conotação fortuita e casual que lhe pode ser imputada. Assume-se, aqui, que tais eventos são, em maior ou menor grau, perfeitamente previsíveis e preveníveis.

Os acidentes e as violências configuram, assim, um conjunto de agravos à saúde, que pode ou não levar a óbito, no qual se incluem as causas ditas acidentais - devidas ao trânsito, trabalho, quedas, envenenamentos, afogamentos e outros tipos de acidentes - e as causas intencionais (agressões e lesões autoprovocadas). Esse conjunto de eventos consta na Classificação Internacional de Doenças - CID. (OMS, 1985 e OMS, 1995) - sob a denominação de causas externas. Quanto à natureza da lesão, tais eventos e ou agravos englobam todos os tipos de lesões e envenenamentos, como ferimentos, fraturas, queimaduras, intoxicações, afogamentos, entre outros.

O tema inclui-se no conceito ampliado de saúde que, segundo a Constituição Federal e a legislação dela decorrente, abrange não só as questões médicas e biomédicas, mas também aquelas relativas a estilos de vida e ao conjunto de condicionantes sociais, históricos e ambientais nos quais a sociedade brasileira vive, trabalha, relaciona-se e projeta seu futuro.

Ao incorporar os dois temas como problemas de saúde pública, o setor o faz, de um lado, assumindo a sua participação - com os outros setores e com a sociedade civil - na construção da cidadania e da qualidade de vida da população e, de outro, o seu papel específico, utilizando os instrumentos que lhe são próprios: as estratégias de promoção da saúde e de prevenção de doenças e agravos, bem como a melhor adequação das ações relativas à assistência, recuperação e reabilitação,

Na década de 80, as mortes por acidentes e violências passaram a responder pela segunda causa de óbitos no quadro de mortalidade geral, ensejando a discussão de que se tratava de um dos mais graves problemas de saúde pública a ser enfrentado. A partir de então, essas mortes representam cerca de 15% dos óbitos-registrados no País, perdendo

apenas para as doenças do aparelho circulatório. Em 1996 e 1997, os acidentes e as violências foram responsáveis por aproximadamente, 120 mil óbitos anuais.

Na ampla faixa etária dos 5 aos 39 anos de idade, as causas externas ocupam o primeiro lugar como causa de morte. Os acidentes de trânsito e os homicídios – estes em franca ascensão, ultrapassando os primeiros, desde 1990, em termos proporcionais - são os dois subgrupos responsáveis por mais da metade dos óbitos por acidentes e violências (Souza, 1994). Assinale-se que, na população jovem, em 1997, para cada mulher de 20 a 29 anos de idade, morreram 15 homens da mesma faixa etária por projétil de arma de fogo. A população masculina, além de armas de fogo (SIM/MS - 1997), está também mais exposta a outros fatores de risco, como uso de álcool e de drogas.

A concentração dos acidentes e das violências é visivelmente mais clara nas áreas urbanizadas, que acumulam cerca de 75% do total das mortes por causas violentas. Nas áreas rurais, entretanto, o fenômeno está também presente, embora a sua gênese e as suas manifestações sejam diversas e pouco investigadas. Nelas são geradas mortes em conflitos pela terra, em áreas de garimpo, na rota do narcotráfico, ao lado do aliciamento e da exploração de crianças e adolescentes para a prostituição e o trabalho escravo. São também consideráveis as vítimas de intoxicações por agrotóxicos e de envenenamentos por animais peçonhentos.

O impacto dessas mortes pode ser analisado por meio do indicador relativo a Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP). Por incidirem com elevada frequência no grupo de adolescentes e adultos jovens, os acidentes e as violências são responsáveis pelo maior número de anos potenciais de vida perdidos. No Brasil, o indicador de APVP aumentou 30% em relação a acidentes e a violências, entre 1981 e 1991, enquanto que, para as causas naturais, os dados encontram-se em queda (Reichenheim e Werneck, 1994; lunes, 1997; Vermelho, 1994).

Menos freqüentes, porém importantes, são as causas externas relacionadas à autoagressão, como o suicídio e as tentativas não consumadas. Apesar da subnotificação, vem sendo observado um aumento dos casos: a taxa de suicídio aumentou 34%, entre 1979 a 1997. Em 1997, 6.920 pessoas cometeram suicídio. A população masculina jovem - de 0 a 24 anos - é o grupo que se encontra maior risco para tal violência.

No tocante à morbidade por acidentes e violências, ainda é bastante precário o conhecimento disponível, seja em nível nacional, seja regional ou mesmo local. Dados das Autorizações de Internação Hospitalar - AIH – mostram que, em 1996, foram registradas 679.511 internações por essas causas, somente nos hospitais ligados ao SUS. A preponderância do sexo masculino e da faixa etária de 15 a 29 anos de idade indica que esses eventos se devem, sobretudo, a acidentes de trabalho e de trânsito. As fraturas, principalmente de membros, motivaram 37,5% das internações, destacando-se também; como causa de internação, as queimaduras entre crianças menores de cinco anos de idade (Lebrão e cols., 1997).

O impacto econômico dos acidentes e das violências no Brasil pode ser medido diretamente por meio dos gastos hospitalares com internação, inclusive em unidades de terapia intensiva, e dias de permanência geral. Em 1997, o total desses gastos correspondeu a R\$ 232.376.612,16, valor que representou, aproximadamente, 8% dos dispêndios com internações por todas as causas. Embora se saiba que esses valores estão bastante subestimados, é importante assinalar que hospitalizações por lesões e envenenamentos representam um gasto/dia cerca de 60% superior à média geral das demais internações (lunes, 1997).

No conjunto das causas externas, os acidentes de transporte destacam-se em termos de magnitude, tanto de mortes, quanto de feridos. Dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), da Fundação Nacional de Saúde, revelam que, em 1996, 35.545 pessoas morreram em consequência de acidentes de transporte. No ano de 1996, esses acidentes corresponderam a cerca de 30% do total de causas externas. A taxa de mortalidade - 22,6 por 100.000 habitantes - foi 40% maior do que a de 1977.

O adulto jovem apresenta-se como vítima importante, fato que evidencia não só um dano social, mas perdas na população economicamente ativa (Mello Jorge e Latorre, 1994; Mello Jorge e cols., 1997). O Departamento Nacional de Estradas e Rodagens - DNER cita que, somente nas estradas federais do País, em 1995, ocorreram 95.514 acidentes, com 63.309 pessoas envolvidas, entre feridos e mortos, dos quais cerca de 56% tinham menos de 33 anos de idade (MT, 1996). As crianças em idade escolar e os idosos são grupos também especialmente vulneráveis aos atropelamentos.

O novo Código de Trânsito Brasileiro (CTB), que entrou em vigor em 22 de janeiro de 1998, por meio da Lei N.º 9.503, privilegia as questões de segurança e de preservação da vida. Uma de suas características é o expressivo conjunto de medidas de prevenção que contém, não sendo, por conseguinte, um instrumento apenas punitivo. A sua implantação configura, assim, o mecanismo legal e eficaz para a diminuição dos principais fatores de risco, envolvendo condutor, pedestre, veículos e via pública.

O retardamento da implantação completa do CTB e a precária fiscalização na aplicação das leis já implantadas comprometem os resultados esperados de redução da violência no trânsito. A sensibilização da sociedade quanto à relevância do Código é fundamental. A implantação efetiva do CTB requer, por outro lado, a superação do atraso tecnológico nas questões do trânsito brasileiro, como a baixa confiabilidade das estatísticas referentes à frota das pessoas habilitadas, bem como em relação às vítimas e às ocorrências de acidentes de trânsito: o precário controle de tráfego, inspeção e segurança veicular; a desagregação de normas e procedimentos relativos à engenharia de trânsito; a fiscalização inadequada; e o treinamento ultrapassado para a habilitação de novos condutores, além da capacitação técnica de recursos humanos. Acrescente-se a isso o insuficiente conhecimento acerca desses eventos e vítimas, visto que os dados de atendimentos em prontos socorros, por exemplo, não estão abrangidos nas estatísticas oficiais.

Em relação aos acidentes e às violências, são várias as fontes a partir das quais se pode investigar, cada uma constituída de modo a satisfazer as necessidades institucionais que as geram. Além disso, sofrem diretamente as influências das limitações características dos sistemas de notificação, às vezes difíceis de serem compatibilizados. Desse modo, os resultados das investigações são divergentes, dependendo da fonte consultada ocasionando distorções e erros interpretativos (Mello Jorge, 1990; Souza e cols., 1996).

As principais fontes oficiais de informação para o estudo dos acidentes e das violências, nas diferentes fases do evento até a morte, são do Boletim de Ocorrência Policial (BO); o Boletim de Registro de Acidentes de Trânsito do DENATRAN; a Comunicação de Acidentes do Trabalho (CAT); o Sistema de informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS); o Sistema de Informação de Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS); e o Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (Sinatox).

O BO, instrumento utilizado nas Delegacias de Polícia nos níveis estadual e municipal, é uma fonte que pode ser complementada pelo Boletim de Ocorrência gerado pela Polícia Militar. Não é padronizado em nível nacional e, em geral, informa melhor os eventos mais graves que chegam ao conhecimento da polícia.

Por intermédio das Boletins de Registro de Acidentes de Trânsito os Detran estaduais, os Departamentos de Estrada nos três níveis de governo e os órgãos executivos municipais coletam os dados relativos aos acidentes ocorridos nas vias sob a sua jurisdição, utilizando documentos distintos que identificam veículos, condutores, passageiros, pedestres e condições das vias. Esses dados são sintetizados pelo DENATRAN, que recebe as informações de acidentes de trânsito registrados pelos Detran e pela Polícia Rodoviária Federal, mediante o Sistema Nacional de Acidentes de Trânsito (SINET/DENATRAN). Entretanto, não existe articulação eficiente entre os níveis federal, estadual e municipal desse Sistema além do que seus dados não são analisados nem retroalimentam adequadamente tal sistema.

A CAT por sua vez, é o instrumento de notificação utilizado em nível nacional pelo Instituto Nacional do Seguro Social - INSS - para fins de concessão de benefícios. Dada a sua ampla aplicação em todo o Território Nacional, constitui-se na principal fonte de informação para o estudo da morbimortalidade ocupacional. Além do reconhecido sub-registro, essa fonte exclui os autônomos, os empregados domésticos, os vinculados a outros sistemas previdenciários e os sem carteira assinada. Tais limitações, particularmente considerando a grande parcela de trabalhadores inseridos no setor informal da economia, dificultam a conformação do perfil epidemiológico da população trabalhadora do País. A partir desses registros, verificou-se, no ano de 1996, que 90% dos acidentes notificados ocorreram nas regiões Sudeste e Sul, dos quais a metade no setor industrial; destes cerca de 60% referem-se ao grupo etário de 18 a 35 anos de idade. Entre os trabalhadores do sexo masculino, o principal ramo gerador de acidentes é a construção civil.

Nos acidentes ampliados - incêndios, explosões e vazamentos envolvendo produtos químicos perigosos -, embora conhecidos pelo seu impacto nas comunidades e no meio ambiente, 90% das vítimas imediatas são os próprios trabalhadores. Algumas vezes, resultam em verdadeiras catástrofes, provocando dezenas, centenas ou milhares de mortes em um único evento. São exemplos desses acidentes o de Vila Socô, em Santos, 500 óbitos aproximadamente, e o da Plataforma de Enchova, no Rio de Janeiro, em 1984 - 10 óbitos -, além de eventos recentes, como o do shopping de Guarulhos, São Paulo, que provocou dezenas de mortes.

O Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), que abarca informações das instituições públicas e conveniadas ou contratadas pelo SUS, engloba em torno de 80% da assistência hospitalar do País e sua massa de dados diz respeito a cerca de 13 milhões de internações/ano. Nesse aspecto, é importante salientar que, até 1997, estão sendo os dados de acidentes e de violências eram os relativos somente à natureza da lesão que levou à internação, sem qualquer esclarecimento quanto ao seu agente causador. A partir de 1998, em decorrência da Portaria Ministerial N.º 142, de 13 de novembro de 1997, estão sendo codificados também os tipos de causas externas geradoras das lesões que ocasionaram a internação. Assinale-se que não existem sistemas de informação epidemiológica relacionados aos atendimentos em prontos-socorros e ambulatórios, e que contemplam estudos mais apurados relativos a acidentes e a violências.

Implantado no País em 1975, o Sistema de Informação de Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS) - é gerido pelo Centro Nacional de Epidemiologia da Fundação Nacional de Saúde. Embora abranja, atualmente, mais de 900 mil óbitos/ano, a sua cobertura não é ainda completa em algumas áreas, principalmente nas regiões Norte e Nordeste. Quanto à qualidade das informações relativas a acidentes e a violências, algumas deixam a desejar. Os dados, nesse contexto, têm origem nas Declarações de Óbitos - DO - preenchidas nos Institutos de Medicina Legal. A qualidade das informações é ainda discutível, na medida em que, algumas vezes, não existe detalhamento quanto ao tipo ou intencionalidade da causa externa responsável pelas lesões que provocaram o óbito. Nesses casos, sabe-se apenas que se trata de uma morte decorrente de causas externas. Tal ocorrência vem sendo verificada em cerca de 10% do total de mortes por acidentes e violências no País, alcançando em algumas áreas, valores bem mais elevados. Em determinadas localidades, essa distorção tem sido sanada ou minimizada com o auxílio de informações de outras fontes, tais como consultas ao prontuário hospitalar, laudos de necropsia ou utilização de noticiários de jornais.

Já o Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (Sintox) foi instituído pelo Ministério da Saúde em 1980, tendo por base experiências pioneiras e bem sucedidas em locais como o Centro de Controle de Intoxicações dos Hospitais Menino de Jesus em São Paulo e João XXIII, em Belo Horizonte, ambas em 1972. A criação do Sintox originou-se da necessidade de se criar um sistema abrangente de alcance nacional, capaz de fornecer dados precisos sobre medicamentos e demais agentes tóxicos existentes às autoridades, aos profissionais de saúde e as áreas afins, bem como à população em geral. Em 1997, esse Sistema estava formado por uma rede de 31 Centros de Controle de Intoxicações em 16 estados. Um total de 50.264 casos de intoxicação humana foram registrados no Brasil, em 1995. Embora seja um sistema de referência para a América Latina, é importante reconhecer que o Sintox ainda padece de importante subnotificação, causada, em parte, pela não obrigatoriedade do registro e pela não uniformidade dos dados em relação às ocorrências.

Em função do crescimento dos acidentes e das violências, da relativa inconsistência dos dados e da ausência de registros e conhecimento sobre certos agravos - principalmente no que se refere à determinação dos fatores de risco associados a cada um deles -, somente nos últimos anos é que têm sido desencadeadas algumas tentativas pontuais de estruturação de sistemas de informação mais integrados, ágeis e atualizados, objetivando a vigilância epidemiológica destes eventos.

De outra parte, é consenso mundial que a questão dos agravos externos tem vários e diversificados aspectos, que precedem a porta do hospital ou, até mesmo, o acionamento dos serviços de atendimento pré-hospitalar. A partir da ocorrência do evento, no entanto, o adequado atendimento pré-hospitalar e hospitalar tem favorecido de maneira importante na minimização da morbimortalidade por tais eventos. A literatura publicada nos anos 80 nos Estados Unidos e em vários países da Comunidade Européia apresenta evidências de que a percentagem de mortes evitáveis sofreu uma redução da ordem de 50% ou mais, a partir da implantação de sistemas de atendimento ao traumatizado.

No Brasil da década de 80, a ausência de diretrizes nacionais para a área de emergência, particularmente de Atendimento Pré-Hospitalar (APH), levou alguns estados a criarem seus serviços dissociados de uma linha mestra e de uma normalização típica de planejamento, instalação e operacionalização, respeitadas as diferenças regionais, surgindo, assim, um verdadeiro mosaico de modelos, a maioria deles com deficiências técnicas importantes, tanto no setor público, quanto privado.

O desenvolvimento de APH teve início no Estado do Rio de Janeiro. Desde então, diversos grupos foram criados, os quais sensibilizaram os governos locais, levando ao surgimento de alguns serviços de atendimento pré-hospitalar (Rio Grande do Sul, Paraná, São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Distrito Federal, Pernambuco e Ceará). Alguns outros estados estão dando início ao processo de implantação, principalmente por conta do projeto de Reforço à Reorganização do SUS (Reforsus), que visa, entre outros, à melhoria e à capacitação dos serviços de atendimento de emergência no País.

O sistema de APH tem a finalidade de atender vítimas em situação de urgência e emergência, antes da sua chegada ao hospital. No Brasil, existem dois sistemas de APH em nível público: o do telefone n.º 192, desenvolvido e operacionalizado pelo governo municipal, e o do sistema 193, de caráter estadual, a cargo dos Corpos Bombeiros. Em algumas cidades, ambos têm a presença do profissional médico. Os dois sistemas funcionam a partir de uma central de chamados, que recebe as solicitações. Dessa central emanam as ordens e apoio às diferentes ações. De acordo com as novas orientações do Ministério da Saúde e do Conselho Federal de Medicina, as centrais de APH deverão ampliar as suas especificações e objetivos, passando a ser denominadas de Regulação Médica.

No elenco de problemas identificados, verifica-se a falta de normalização dos serviços de atendimento pré-hospitalar. A ausência de uma ficha de atendimento com informações básicas, imprescindíveis e comuns a todos os APH, tem contribuído para que ocorram graves distorções. Não existe um processo sistematizado de alimentação e retroalimentação entre os diferentes setores envolvidos no atendimento às urgências, tais como saúde, segurança, educação, meteorologia,

geologia, entre outros. Os boletins de ocorrência das diferentes unidades de segurança pública das três esferas governamentais são preenchidos, de maneira geral, de forma inadequada e incompleta e, o que é mais grave, sem nenhuma padronização.

Entre as dificuldades do atendimento pré-hospitalar, inclui-se a falta de orientação da população sobre como proceder diante de uma situação de emergência, o que contribui, muitas vezes, para o agravamento do estado das vítimas. Ao lado disso, a ausência de normas para a transformação veicular em ambulância, a exemplo dos sistemas americano, francês e alemão, favorece a adoção de viaturas não condizentes ao resgate e ao tratamento intensivo, como, por exemplo, o uso de veículos de passeio. A inexistência dessa padronização é verificada, também, nos insumos tecnológicos do suporte avançado de vida. É comum encontrar veículos designados como Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) e de resgate que não dispõem de respiradores artificiais, bombas de infusão, monitores cardíacos, marcapasso, estojos para pequenos procedimentos cirúrgicos, materiais de imobilização e maletas de medicamentos.

Essas limitações comprometem o planejamento logístico e estratégico de atenção a situações de emergência. No que tange aos recursos humanos, não há um currículo mínimo, regulamentado pelo Ministério da Educação (MEC), para a formação de profissionais para este fim, desde o nível mais elementar ao de nível superior. Soma-se a isso a falta de estudos mais aprofundados sobre o número e a qualidade de veículos, uma vez que os índices internacionais não contemplam a peculiar situação brasileira de densidade demográfica flutuante, condição do fluxo viário urbano e dificuldade de equipamentos aéreos de atendimento a acidentados.

Diante de todos os limites e dificuldades que existem no Brasil em relação ao atendimento pré-hospitalar, vale a pena ressaltar que experiências empíricas demonstram a redução do tempo de permanência hospitalar, de seqüelas e da mortalidade, desde que o APH integre uma estrutura maior de atenção a emergências, com unidades hospitalares, terapia intensiva, imagiologia e outros insumos, principalmente preventivos.

O atendimento médico-hospitalar de urgência e emergência é um segmento da saúde que muito vem exigindo de economistas e administradores especializados. Trata-se de uma vertente que, por envolver procedimentos caros, absorve parcela expressiva dos recursos financeiros da área da saúde. Exige, ao mesmo tempo, perspicácia e agilidade administrativas. Esses aspectos são universais, mas tornam-se bastante evidentes em países emergentes, sobretudo em decorrência da falta de investimento maciço na atenção básica de saúde, contribuindo para o uso inadequado das unidades de emergência.

Essa realidade, presente no dia a dia das unidades de saúde, está associada à falta de resolubilidade no atendimento primário - que vai desde dificuldades para agendar consultas, até carência de recursos tecnológicos; são raros os municípios que integram um sistema hierarquizado e regionalizado de serviços. Como resultante, muito tempo é perdido até a chegada do paciente a uma unidade adequada para o atendimento de suas necessidades, o que contribui para o agravamento de seu estado.

Considerando as dificuldades do atendimento hospitalar e os reflexos da problemática do trânsito na sua esfera de competência, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS N.º 2.329, de 9 de junho de 1998, mediante a qual instituiu o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para Atendimento de Urgência e Emergência. Trata-se de um programa de recuperação dos serviços de emergência que envolve: a implantação de uma central de regulação, conforme definida na Resolução CFM N.º 1.529/98 de grande importância como observatório epidemiológico; o incentivo à hierarquização e regionalização dos serviços; e a criação de unidades especializadas de urgência.

Com o crescimento da violência no Brasil, os leitos hospitalares têm se tornado ainda mais escassos. Conseqüentemente, torna-se insuficiente o número de profissionais e de leitos em unidades de terapia intensiva e de recuperação pós-anestésica, bem como dos serviços de imagem. Acresce-se, ainda, o estrangulamento da capacidade operacional dos laboratórios. Esses problemas se agravam nos serviços de pediatria, neonatologia, cardiologia, ortopedia, traumatologia e atendimento a queimados, nos quais a demanda por atendimento é bem maior do que a oferta de unidades de saúde.

Em relação a recursos humanos, tanto em termos numéricos quanto de capacitação, muito há que ser feito. As universidades devem participar mais ativamente na formação de profissionais, capacitando-as para o gerenciamento de situações de emergência e atendimento às vítimas de acidentes e de violências, bem como para o desenvolvimento de medidas preventivas. A inexistência de diretrizes institucionais nos serviços públicos que favoreçam a atuação dos profissionais nessa área gera desmotivação e êxodo, ficando tais serviços, por vezes, a cargo daqueles que não dispõem ainda de experiência suficiente.

Sob o ponto de vista das sequelas decorrentes das lesões devidas a acidentes e a violências, quando não levam o paciente diretamente à morte, podem demandar uma internação, às vezes longa, com gastos elevados. Além disso, há a possibilidade de gerarem seqüelas permanentes e incapacidades. Dados apresentados pelas Nações Unidas estimaram que em 1991, no Brasil, em cada grupo de mil pessoas, 17 eram portadoras de seqüelas (cit. em Whitaker, 1993). Entre os danos produzidos no paciente que exemplificam essa última situação, destacam-se as lesões medulares traumáticas.

Em 1997, foram atendidos nos hospitais ligados ao SUS, 6.388 pacientes com fratura de coluna vertebral, com taxa de internação mais elevada que nos anos anteriores. Quanto à localização da fratura, mais de 50% dos casos corresponderam aos segmentos cervical e dorsal, o que evidencia a gravidade da atuação e a possível ocorrência de seqüelas (Laurenti e cols., 1998).

Um outro exemplo pode ser dado valendo-se de estudo da distribuição de pacientes atendidos, naquele mesmo ano, na Rede Sarah de Hospitais do Aparelho Locomotor (rede pública e de referência nacional para recuperação e reabilitação): do total de 293 pacientes, 42,2% foram vítimas de acidentes de trânsito, 24,0% de disparos de armas de fogo, 12,4% de mergulhos em águas rasas, 11,6% de quedas e 9,5% de outros tipos de acidentes e de violências. A grande maioria desses pacientes era formada por jovens, com idade entre 10 e 29 anos - 53,7% -, o que representa para o País o ônus da perda de valiosos anos de vida produtiva e o custo de um tratamento médico-hospitalar que, em muitos casos, pode prolongar-se por toda a vida. Ao lado disso, registre-se o fato de que são poucos os centros de reabilitação; os pertencentes ao INSS estão sendo desativadas.

O impacto da deficiência pode trazer implicações para o estado funcional do indivíduo, que engloba as funções física, psíquica e social; na capacidade para reinserção; na disposição do paciente para levar uma vida independente, retomando papéis sociais relevantes; e na disponibilidade para beneficiar-se das ajudas tecnológicas oportunas. As alterações físicas interferem diretamente na função do indivíduo, comprometendo sua independência para a realização de atividades relacionadas, ao cuidado pessoal, mobilidade, atividades ocupacionais e profissionais.

Em outras sociedades, o processo de reabilitação envolve o esforço de múltiplas instituições públicas e privadas, bem como de organizações civis, no sentido de concretizar tal etapa que seria, ao final, habilitar o paciente para o retorno ao trabalho, reintegrando-o à força produtiva da nação. Essas ações, como também a avaliação do impacto econômico e social da incapacitação física, são incomuns no Brasil, em parte porque os incapacitados físicos constituem, em grande número, vítimas da violência urbana, inexistindo medidas sistematizadas e institucionalizadas acerca desse tema. Entretanto, algumas medidas, mesmo que restritas aos poucos serviços especializados do País, já vêm sendo desenvolvidas.

Por outro lado, ao se analisar o problema dos acidentes e das violências sob a ótica dos segmentos populacionais, observam-se peculiaridades marcantes, tanto em relação às ocorrências, quanto às características e circunstâncias em que se dão tais eventos.

O grupo de crianças, adolescentes e jovens, que engloba os indivíduos na faixa etária de zero a 24 anos de idade, tem sido vítima de diferentes tipos de acidentes e de violências. Enquanto na infância o ambiente doméstico é o principal local onde são gerados esses agravos, na adolescência, o espaço extra-domiciliar tem prioridade no perfil epidemiológico. Por essa razão, estabelece-se a seguinte classificação estratégica:

- acidentes domésticos (quedas, queimaduras, intoxicações, afogamentos e outras lesões) e acidentes extra-domiciliares (acidentes de trânsito e de trabalho, afogamentos, intoxicações e outras lesões); e
- violências domésticas (maus-tratos físicos, abuso sexual e psicológico, negligência e abandono) e violência extra-domiciliares (exploração do trabalho infanto-juvenil e exploração sexual, além de outras originadas na escola, na comunidade, nos conflitos com a polícia, especialmente caracterizados pelas agressões físicas e homicídios), bem como as violências autoinfligidas (como a tentativa de suicídio).

A Constituição de 1988, em seu art. 227, estabeleceu os direitos fundamentais desse grupo, os quais alicerçaram a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)-, criado pela Lei N.º 8.069, de 13 de julho de 1990. Esse Estatuto, no tocante aos casos de violência doméstica, de acordo com os artigos que regulam a conduta dos profissionais de saúde - art.s 13, 17 e 245, define a obrigatoriedade da comunicação dos casos suspeitos ou confirmados às autoridades competentes, em especial ao Conselho Tutelar, cabendo os setores de saúde e de educação a notificação e a prevenção destes casos; à saúde cabe, especificamente, o atendimento psicossocial e médico. Em continuidade à promoção e ao fomento da garantia dos direitos dessa população, o Brasil tornou-se, em 1990, signatário da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, que provê os princípios referentes aos padrões mínimos para o tratamento da infância no mundo.

Os acidentes e as violências são uma grave violação dos direitos fundamentais, assim como uma das mais importantes causas de morbimortalidade nesse grupo. Entre crianças e adolescentes até 14 anos de idade, os acidentes de trânsito, principalmente os atropelamentos, têm maior impacto na mortalidade do que os homicídios (Assis e cols., 1994). Os jovens, ao começar a dirigir, passam a constituir população de alto risco desse tipo de acidentes, especialmente pela inexperiência na condução de veículos, pela impulsividade característica da idade, além de outros fatores, como o consumo de álcool e drogas (Bastos e Cartini-Cotrin, 1998), aliados à deficiente fiscalização existente no País.

Os acidentes domésticos que ocorreram principalmente com crianças e idosos são passíveis de prevenção por intermédio da orientação familiar, de alterações físicas do espaço domiciliar e da elaboração e ou cumprimento de leis específicas (por exemplo, as relativas a embalagens de medicamentos, dos frascos de álcool e outras). A violência doméstica representa um grande desafio para o setor de saúde, pois o diagnóstico deste evento é dificultado por fatores de ordem cultural, bem como pela falta de orientação dos usuários e dos profissionais dos serviços, que têm receio em enfrentar os desdobramentos posteriores. A gravidade desse tipo de violência manifesta-se tanto nas consequências imediatas quanto tardias, tais como rendimento escolar deficiente e alteração do processo de crescimento e desenvolvimento. A violência contra a criança e o adolescente é potencializadora da violência social, estando presente na gênese de sérios problemas, como população de rua, prostituição infantil e envolvimento em atos infracionais, devendo, portanto, ser alvo prioritário de atenção.

Em relação aos homicídios, as taxas no País (Mello Jorge e cols., 1997) também revelam uma realidade preocupante. A partir da análise das taxas disponíveis, percebe-se que a mortalidade de crianças pode ser um indicador de violência doméstica. É nessa faixa etária que se detectam mortes ocorridas no lar, sendo exemplos quedas, queimaduras, afogamentos e outras que não são devidamente investigadas, podendo, por isso mesmo, decorrer de maus-tratos (Marques, 1986; Santos, 1991; Assis, 1991; Gomes, 1998).

Os adolescentes e jovens são os mais afetados pela violência. A mortalidade nesses grupos populacionais tem como principal causa os eventos violentos: atualmente, cerca de sete, em cada 10 adolescentes, morrem por causas externas. Entre 1984 e 1994, a taxa de mortalidade na população masculina de 15 aos 19 anos passou de 93.7 para 128.2 por 100.000 habitantes, significando um aumento de cerca de 37% (Mello Jorge e cols., 1998). Cruz Neto e Moreira – 1998 chamam a atenção para as precárias condições de vida de crianças e adolescentes que não têm acesso à escola ou trocam as salas de aula pelo trabalho, num total descaso e desrespeito ao ECA. O número elevado de acidentes de trabalho envolvendo crianças - cuja atividade é legalmente proibida - e de adolescentes - este protegido por lei -, demanda uma ação urgente e eficaz voltada ao cumprimento do ECA.

Os adolescentes e jovens com atividade sexual iniciada cada vez mais precocemente, e desprotegida, apresentam consequências sérias como as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), a Aids, o aborto e a gravidez não planejada, elevando a mortalidade materna já relevante no contexto nacional e em outros países em desenvolvimento. Soma-se a isso o aumento da exploração sexual decorrente de necessidade econômica e de sobrevivência desses indivíduos. Agravando essa situação, registre-se a falta de orientação adequada e o despreparo da escola, dos serviços de saúde e da sociedade em lidar com a questão da sexualidade.

No segmento populacional representado pelas mulheres, as violências físicas e sexuais são os eventos mais frequentes, cujos determinantes estão associados a relações de gênero, estruturadas em bases desiguais e que reservam a elas um lugar de submissão e de valor na sociedade. Os agressores, em sua grande maioria, são conhecidos, sendo identificados com maior frequência, maridos, companheiros e parentes próximos. Dados de 1998 da Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar (PNAD) - indicam que 63% dos casos de agressão física ocorridos nos domicílios tiveram como vítima a mulher.

O respeito à vítima que sofreu violência nem sempre é observado, seja no atendimento prestado pelos serviços de saúde, seja na recepção de denúncias em delegacias, nos institutos de medicina legal e outros órgãos envolvidos. É comum as mulheres serem responsabilizadas ou culpadas pela e violência sofrida. Essa conjuntura dificulta a tomada de atitudes por parte das mulheres, tanto para denunciar as agressões, quanto para reagir de maneira efetiva modificando a situação vivida. Tal situação é ainda mais grave no caso de crianças, adolescentes e deficientes, que dependem de um adulto para procurar atendimento que, muitas vezes, é o próprio agressor.

Os maus-tratos contra os idosos, aqui consideradas as pessoas a partir dos 60 (sessenta) anos de idade, dizem respeito às ações únicas ou repelidas que causam sofrimento ou angústia – ou, ainda, a ausência de ações que são devidas -, que ocorrem numa relação em que haja expectativa de confiança (Action of Elder Abuse, 1995; Unpea, 1998).

Embora não se disponha de dados estatísticos sobre incidência e prevalência, sabe-se, a partir de dados realizados em outros países, sobretudo nos Estados Unidos, Canadá e Inglaterra (Pillemer & Wolf, 1998; Podnicks, 1989; Ogg and

Bennett, 1992) que a violência contra os idosos existe e manifesta-se sob diferentes formas: abuso físico, psicológico, sexual, abandono e negligência. Some-se a essas formas de violência, o abuso financeiro e a autonegligência. Cabe ressaltar que a negligência, conceituada como a recusa, omissão ou fracasso por parte do responsável pelo idoso, é uma forma de violência presente tanto em nível doméstico quanto institucional, levando muitas vezes ao comprometimento físico, emocional e social, gerando, em decorrência, aumento dos índices de morbidade e mortalidade.

Os idosos mais vulneráveis são os dependentes física ou mentalmente, sobretudo quando apresentam déficits cognitivos, alterações de sono, incontinência e dificuldades de locomoção, necessitando, assim, de cuidados intensivos em suas atividades da vida diária (Eastman, 1994). Uma situação de elevado risco é aquela em que o agressor é seu dependente econômico. Aliam-se a esse outros fatores de risco: quando o cuidador consome abusivamente álcool ou drogas, apresenta problemas de saúde mental ou se encontra em estado de elevado estresse na vida cotidiana.

As quedas causadas pela instabilidade visual e postural, comuns à idade, representam os principais acidentes entre os idosos. Um terço desse grupo que vive em casa e a metade dos que vivem em instituições sofrem pelo menos uma queda anual. A fratura de colo de fêmur é a principal causa de hospitalização por queda. Cerca de metade dos idosos que sofrem esse tipo de fratura falece dentro de um ano; a metade dos que sobrevivem fica totalmente dependente do cuidado de outras pessoas, aumentando os custos da atenção à saúde e retirando pelo menos um familiar da atividade econômica ativa, por um longo período.

Nas áreas urbanas, os acidentes sofridos pelos idosos, como quedas, queimaduras, intoxicações, atropelamentos, sufocações e outras lesões, são muito frequentes devido à vulnerabilidade aos riscos presentes tanto no ambiente doméstico, quanto no âmbito público (barreiras arquitetônicas, sistemas de transporte coletivos inadequados, criminalidade). Os acidentes e as violências com frequência não são corretamente diagnosticados, tendo em vista que há falta de informação e preparo dos profissionais de saúde para enfrentar estes eventos, descrédito para com os relatos dos idosos por parte dos familiares e destes profissionais, além de constrangimento do idoso em acusar pessoas de sua família.

Como se depreende da análise precedente, os acidentes e as violências configuram problema de grande magnitude para a sociedade brasileira. Por envolver diferentes fatores, o seu enfrentamento demanda esforços coordenados e sistematizados de diferentes setores governamentais, de diversificados segmentos sociais e da população em geral. Nesse sentido, a presente Política setorial lança mão da promoção da saúde considerando, especialmente, a sua finalidade – o alcance da qualidade de vida – e as suas estratégias básicas: a intersetorialidade das medidas e o fortalecimento da ação comunitária.

Tal opção leva em conta que a promoção da saúde configura um processo político e social mediante o qual se busca a adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis – individuais e coletivos – e a criação de ambientes seguros e favoráveis à saúde. Nesta Política, portanto, estão definidas diretrizes para o setor e identificadas responsabilidades institucionais consideradas essenciais na abordagem das questões relacionadas à prevenção de acidentes e de violências no País.

2. PROPÓSITO

Os princípios básicos que nortearam esta Política Nacional são:

- a saúde constitui um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e econômico;
- o direito e o respeito à vida configuram valores éticos da cultura e da saúde; e
- a promoção da saúde deve embasar todos os planos, programas, projetos e atividades de redução da violência e dos acidentes.

A presente Política enfatiza os fundamentos do processo de promoção da saúde relativos ao fortalecimento da capacidade dos indivíduos, das comunidades e da sociedade em geral para desenvolver, melhorar e manter condições e estilos de vida saudáveis. Esse fortalecimento inclui a criação de ambientes saudáveis, a reorganização dos serviços de saúde, o reforço da ação comunitária e o desenvolvimento de aptidões pessoais.

Nesse sentido, esta Política setorial prioriza as medidas preventivas, entendidas em seu sentido mais amplo abrangendo desde as medidas inerentes à promoção da saúde e aquelas voltadas a evitar a ocorrência de violências e acidentes, até aquelas destinadas ao tratamento das vítimas, nesta compreendidas as ações destinadas a impedir as sequelas e as mortes devidas a estes eventos.

Esse enfoque baseia-se no fato de que quanto mais se investe na prevenção primária, menor é o custo no atendimento às vítimas e maior o impacto e a abrangência na proteção da população. Acresce-se a isso que cada um dos acidentes e das violências, em maior ou menor grau, é passível de prevenção.

Assim, considerando o quadro dos acidentes e das violências descrito no capítulo da Introdução, a presente Política Nacional tem como propósito fundamental a redução da morbimortalidade por acidentes e violências no País, mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas e sistematizadas, de modo a contribuir para a qualidade de vida da população.

3. DIRETRIZES

Para a consecução do propósito desta Política, são estabelecidas as diretrizes a seguir explicitadas, as quais orientarão a definição ou redefinição dos instrumentos operacionais que a implementarão, representados por planos, programas, projetos e atividades.

São as seguintes as diretrizes mencionadas:

promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis;

monitorização da ocorrência de acidentes e de violências;

sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar;

assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências;

estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação;

capacitação de recursos humanos; e

apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

3.1. Promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis

A implementação dessa diretriz compreenderá a ampla mobilização da sociedade em geral, e da mídia em particular, para a importância dos acidentes e das violências, bem como o reforço das ações intersetoriais relacionadas ao tema. Para tanto, deverão ser utilizadas diversas estratégias, entre as quais figuram, por exemplo, a implementação de propostas relativas a Municípios Saudáveis, Prefeito Amigo da Criança e Escolas "Promotoras de Saúde". Tais estratégias levarão em conta as recomendações oriundas das conferências internacionais relativas à promoção da saúde, especialmente no tocante a estilos de vida e ambientes saudáveis.

A essas estratégias, deverão ser acrescentados: a divulgação mais técnica dos dados sobre acidentes e violências, o apoio a seminários, oficinas de trabalho e estudos e o estímulo às sociedades científicas que produzem revistas especializadas para que promovam discussões e elaboram edições temáticas.

Por outro lado, buscar-se-á desenvolver também a corresponsabilidade do cidadão num sentido amplo, incluindo a participação na reivindicação, nas proposições e no acompanhamento desta Política, e na promoção de ambientes seguros e comportamentos saudáveis relacionados à prevenção de acidentes e de violências e de seus fatores de risco, como uso de drogas, anua de fogo e, com destaque, o consumo de álcool, a não observância de regras de segurança e as relações interpessoais conflituosas. As medidas nesse sentido considerarão tanto os ambientes domésticos, de lazer, de trabalho e de trânsito, quanto aqueles em que se desenvolvem os processos de convivência social.

As iniciativas voltadas à corresponsabilidade do cidadão envolverão igualmente a formação e informação continuada da população - junto às escolas, locais de trabalho, lazer e organizações sociais e mídia - sobre a prevenção de acidentes e de violências e a atuação frente a sua ocorrência, incluindo os primeiros gestos diante de uma urgência ou emergência.

A observância dos dispositivos contidos no arcabouço legal referente ao trânsito constituirá, de outra parte, medida importante para que se disponha de condições adequadas à implementação de ações dirigidas à prevenção e ao atendimento de vítimas de acidentes. No conjunto dos diplomas legais, destacam-se o Código de Trânsito Brasileiro (CTB),

em especial o art. 78 da Lei N.º 9.503 de 23 de setembro de 1997, que dispõe sobre o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT). Segundo esse Artigo, os Ministérios da Saúde, da Educação e do Desporto, do Trabalho, dos Transportes e da Justiça, por intermédio do Conselho Nacional de Trânsito, deverão desenvolver e implementar programas de prevenção de acidentes.

Destaca-se, também, o Decreto N.º 1.017, de 23 de dezembro de 1993, que destina 50% do valor total do prêmio do DPVAT ao Fundo Nacional de Saúde, o qual deve utilizar 90% deste montante na prevenção e no atendimento às vítimas de acidente de trânsito; os outros 10% destinados ao Fundo devem ser repassados mensalmente ao coordenador do Sistema Nacional de Trânsito para aplicação exclusiva em programas de prevenção. Já a Portaria Interministerial N.º 4.044, de 18 de dezembro de 1998, dos Ministérios da Saúde, da Fazenda e da Justiça, determina que suas entidades representativas adotem medidas destinadas a assegurar ampla e permanente divulgação dos direitos dos assegurados.

A sensibilização e conscientização dos formadores de opinião e da população em geral constituirão medidas essenciais para a promoção de comportamentos não-violentos. Quanto aos formadores de opinião, deverão ser promovidos debates sobre estratégias de comunicação que estimulem a adoção de atitudes e valores contrários à prática da violência, nos quais buscar-se-á em eventos conjuntos, a participação dos diversos setores envolvidos na prevenção da violência aos diferentes segmentos da população.

As campanhas de mobilização social buscarão o envolvimento da população na identificação e prevenção da violência e dos acidentes contra todos os segmentos sociais. Além da elaboração e da divulgação de materiais educativos, deverão ser identificados outros mecanismos capazes de tornar acessíveis as informações sobre o problema da violência em redes de comunicação e movimentos sociais organizados. Paralelamente às campanhas, serão desenvolvidos processos de educação, com participação ativa dos grupos sociais.

As medidas preventivas compreenderão a articulação e o desenvolvimento de ações não governamentais e de diferentes conselhos. Para tanto, deverá ser apoiado o desenvolvimento de projetos conjuntos, bem como a realização de estágios de pessoal dessas organizações em centros de referência como, por exemplo, os da mulher.

No tocante à recuperação das vítimas de acidentes e de violências, o setor saúde prestará informação, orientação e apoio tanto a estas quanto às suas famílias. Neste sentido, serão desenvolvidas medidas específicas destinadas à sensibilização e à informação dos profissionais e gestores de saúde, sobretudo quanto ao seu papel na orientação dos portadores de seqüelas e deficiências, bem como de seus familiares.

Os estados e municípios deverão realizar ações sistemáticas de sensibilização para a prevenção de acidentes e de violências, adequadas à cultura local. Ao lado disso, será produzido material educativo acerca da prevenção de acidentes e de violências destinado aos profissionais de saúde e de educação.

Em relação à unidade familiar, as medidas estarão voltadas tanto para o reconhecimento quanto para a redução da violência doméstica, envolvendo um conjunto de ações intersetoriais, tendo em conta o caráter multifatorial para a sua determinação, principalmente com as áreas da justiça e da segurança pública. Assim, o desenvolvimento das ações pautar-se-á pela tipificação da violência sofrida, considerando que os comportamentos violentos acontecem num contexto relacional em que os sujeitos estão implicados ora como vítimas, ora como sujeito das agressões, e que as pessoas envolvidas nestas situações tendem a repeti-las, perpetuando a cadeia de agressões em que estão inseridas. Especificamente em relação aos idosos, será fundamental o investimento na formação de cuidadores.

Atenção prioritária deverá ser dada às crianças, adolescentes, jovens, portadores de deficiência física e mental e idosos em condição asilar, garantindo-lhes o cumprimento dos dispositivos legais concernentes aos direitos destes grupos, de forma articulada com entidades de classe, conselhos, organizações não-governamentais e a sociedade em geral.

Serão fundamentais a sensibilização e o incentivo dos profissionais e da população para o reconhecimento de que a violência contra esses segmentos populacionais é potencializadora da violência social em geral. Neste sentido, deverá ser consolidado o entendimento de que é possível modificar a cultura, os comportamentos e as atitudes que a reproduzem. Particularmente quanto às crianças, adolescentes e idosos, promover-se-á o cumprimento das Leis N.ºs 8.069/90 e 8.842/94, visando a notificação dos maus-tratos em relação a esses segmentos populacionais.

Já a orientação terapêutica compreenderá, sempre que necessária, informações aos pacientes e aos seus acompanhantes sobre as medidas de prevenção dos agravos à saúde e acerca das ações de reabilitação preventiva e corretiva, levando em consideração o ambiente em que vivem e as condições sociais que dispõem.

As ações de prevenção das violências e dos acidentes deverão estar incorporadas em todos os programas, planos e projetos de atenção a grupos específicos da população e a temas de saúde. Neste contexto, o setor saúde deverá também incentivar e participar, em conjunto com trabalhadores, responsáveis pelas empresas, polícia, defesa civil, órgãos ambientais e corpo de bombeiros, da elaboração de planos de emergência em locais que manipulam produtos perigosos e que possuem risco de provocar acidentes ampliados.

3.2. Monitorização da ocorrência de acidentes e de violências

A implementação dessa diretriz compreenderá, inicialmente, a capacitação e a mobilização dos profissionais de saúde que atuam em todos os níveis de atendimento do SUS, inclusive nas unidades de urgência e emergência, com vistas a superar os problemas relacionados à investigação e à informação relativa a acidentes e violências.

A melhoria das informações constituirá uma das prioridades à qual deverá ser concedida atenção especial. Uma das medidas, neste sentido será a promoção do registro contínuo padronizado e adequado das informações, de modo a possibilitar estudos e elaboração de estratégias de intervenção acerca dos acidentes e das violências relacionados aos diferentes segmentos populacionais, segundo a natureza e o tipo de lesões e de causas, a partir dos quais viabilizar-se-á a retroalimentação do sistema, contribuindo, assim, para a melhoria do atendimento prestado a estes segmentos. A base para a implementação dessa medida estará representada pela elaboração de normas técnicas respectivas; adequação de instrumentos de registros, com a introdução de questões específicas para o diagnóstico de violências e de acidentes; e inclusão de novos procedimentos ou especificação do atendimento na tabela dos Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar (SIA e SIH / SUS).

A sensibilização dos gestores do SUS, dos profissionais de saúde e dos gerentes dos serviços, sobretudo de hospitais, configurará, por outro lado, iniciativa fundamental para a monitorização adequada da ocorrência desses eventos. Isso implicará a adoção de diferentes estratégias, entre as quais se destaca o estímulo à formação de grupos intersetoriais de discussão sobre o impacto dos acidentes e das violências no setor saúde.

Deverão ser sensibilizados, também, os dirigentes de institutos de medicina legal quanto à importância, para o setor, dos dados existentes nestes serviços. Para tal, constituirão mecanismos importantes a mobilização e a capacitação de médicos que atuam nesses institutos, bem como o estímulo ao provimento de recursos físicos e materiais necessários.

A monitorização da ocorrência dos eventos compreenderá a ampliação da abrangência dos sistemas de informação relativos à morbimortalidade, principalmente mediante:

- a promoção de auditoria da qualidade de informação dos sistemas;
- a elaboração de normas destinadas a padronizar as fichas de atendimento pré-hospitalar e hospitalar, de forma a permitir o torneamento do perfil epidemiológico do paciente atendido, incluindo tipos de lesões e tipos de causas externas e da identificação do acidente de trabalho;
- a criação de um sistema nacional de informação relativo ao atendimento pré-hospitalar;
- a otimização do sistema de informação de morbidade, de modo que incorpore dados epidemiológicos relativos a atendimentos em prontos-socorros e ambulatórios;
- a efetivação do disposto na Portaria GM/MS Nº 142/97, que determina a especificação do tipo de causa externa no prontuário médico e nas autorizações de internação hospitalar;
- a inclusão de "lesões e envenenamentos" com detalhamento do tipo de causas externas como agravos sujeitos à notificação, o que permitirá o conhecimento de casos atendidos em unidades de saúde não ligadas ao SUS e em nível ambulatorial;
- o estabelecimento de ações padronizadas de vigilância epidemiológica para os casos de morbimortalidade de acidentes e de violências determinando, inclusive, os fatores de risco. Essas ações deverão utilizar os sistemas de informação já existentes e metodologia uniforme;
- a criação de um banco de dados que reúna as investigações epidemiológicas já desenvolvidas no País, visando à união de esforços e à otimização de recursos disponíveis;

- a inserção do serviço de informação toxicológica nos serviços de toxicologia - Centros de Intoxicação -, em hospitais de atendimento médico de urgência;

- a identificação e implementação de mecanismos que possibilitem a ampliação da cobertura de informação relativa aos acidentes de trabalho ocorridos no mercado informal, de modo a ultrapassar a concepção eminentemente previdenciária.

A monitorização da situação envolverá, também, o estabelecimento de ações de vigilância epidemiológica para os casos de morbimortalidade por acidentes e violências, estimulando-se experiências locais e a união de esforços nas áreas em que vários procedimentos já estão sendo desenvolvidos, com vistas a potencializar os recursos disponíveis. Neste contexto, deverão ser incentivados estudos amplos e consistentes acerca da morbimortalidade, inclusive com a determinação de seus possíveis fatores de risco.

Em relação a acidentes de trânsito, o sistema de vigilância epidemiológica compreenderá a implantação, com recurso eletrônico, de uma rede de informação estatística destes acidentes, que inclua a captação, o transporte e o armazenamento de dados. Esta rede deverá estar integrada e acessível a todos os fóruns em nível municipal, estadual e federal e possibilitar a análise não apenas dos dados de acidente, como também de outros parâmetros de segurança que auxiliem na identificação de causas e na proposta de medidas preventivas. A organização e o desenvolvimento das ações implicarão a definição de um boletim de ocorrência padrão e a formação de técnicos em vigilância epidemiológica de acidente de trânsito.

O setor saúde deverá participar da monitorização dos acidentes ampliados, levantando, junto com os outros órgãos, as causas, as conseqüências a curto e longo prazos, bem como os recursos envolvidos na sua mitigação.

3.3. Sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar

O fomento à organização e à implantação de serviços de atendimento pré-hospitalar (APH) será fundamental para a consecução do propósito desta Política, para o que deverão ser promovidas medidas que permitam o aprimoramento dos serviços existentes. Entre essas, figurará a identificação de fontes de recursos destinados à preparação de pessoal e à aquisição de materiais. Neste contexto, poderão ser fixados critérios diferenciados de incentivos para que estados e municípios invistam nesses serviços.

Além dessas medidas, deverão ser revistas e ou estabelecidas normas técnicas específicas, em conjunto com os diferentes setores envolvidos, para a padronização de equipamentos e de veículos para o transporte de vítimas, bem como para a formação de recursos humanos.

Paralelamente, os órgãos competentes promoverão a análise e o mapeamento de áreas de risco para a ocorrência de desastres com múltiplas vítimas e acidentes ampliados, a partir dos quais serão estabelecidos, juntamente com a defesa civil, planos de atendimento pré-hospitalar e hospitalar específicos para situações de fluxos maciços de vitimados. Será promovida, também, a integração do APH ao atendimento hospitalar de emergência, com a implantação de centrais de regulação médica nos estados e municípios, às quais competirá a articulação com os órgãos que mantêm este tipo de serviço, estimulando-os a atuar de forma compartilhada.

Ao lado disso, deverá ser incentivada a organização de consórcios entre municípios de menor porte e a ampliação do APH para as rodovias, por intermédio das polícias rodoviárias estaduais e federais, segundo normas estabelecidas de comum acordo entre estas e os gestores do SUS, em suas respectivas áreas de abrangência.

3.4. Assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências

A prestação do atendimento às vítimas requererá a estruturação e a organização da rede de serviços do SUS, de forma que possa diagnosticar a violência e acidentes entre os usuários e acolher demandas, prestando-lhes atenção digna, de qualidade e resolutiva, desde o primeiro nível de atenção. A consecução desse atendimento dar-se-á, sobretudo, mediante o estabelecimento de sistemas de referência entre o setor saúde e as áreas jurídicas e de segurança, para o que será provida a respectiva assessoria técnica no tocante à definição, implantação e avaliação das ações. Nesse particular, ainda, deverão ser apoiados projetos e repasse de recursos voltados à estruturação e à organização mencionadas.

Os profissionais de saúde deverão ser capacitados a identificar maus-tratos, acionar os serviços existentes visando à proteção das vítimas e acompanhar os casos identificados. Serão garantidas as condições adequadas para o atendimento, tais como tempo para reuniões de equipe, supervisão e infra-estrutura.

A assistência às vítimas de acidentes e de violências deverá integrar o conjunto das atividades desenvolvidas pelas estratégias de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, além daquelas compreendidas no atendimento ambulatorial, emergencial e hospitalar, sendo fundamental a definição de mecanismos de referência entre estes serviços.

Essa assistência orientar-se-á por normas específicas sobre o tratamento das vítimas de acidentes e de violências, com o objetivo de padronizar condutas, racionalizar o atendimento e reduzir custos. Esses protocolos deverão ser baseados em evidências clínicas e epidemiológicas, revistos periodicamente e amplamente divulgados junto aos profissionais. Além disso, deverá ser estimulada a criação de núcleos de trabalho acerca do tema nas secretarias estaduais e municipais de Saúde, nas sociedades científicas, nas instituições e serviços públicos e privados afins, bem como em grupos organizados da sociedade civil.

Serão definidas unidades de atendimento para emergências e urgências, conforme o seu grau de complexidade, sistematizando o atendimento específico e contribuindo para uma menor plethora nos serviços de alta complexidade. Em regiões onde não houver condições para a instalação de serviços com complexidade mediana, serão estimuladas, sobretudo mediante a organização de consórcios intermunicipais, a regionalização e a hierarquização do sistema de atenção hospitalar.

Paralelamente, promover-se-á a valorização, a especialização, a atualização e a reciclagem de profissionais que atuam nos serviços de emergência. Buscar-se-á, igualmente, maior vinculação das universidades, com vistas à formação de recursos humanos para esse fim.

Os esforços deverão centrar-se na formação de profissionais especializados em emergências, clínicas traumáticas, cirúrgicas e atendimento pré-hospitalar, especialmente no que se refere ao atendimento pediátrico. Deverá ainda ser enfocada a especialização em gerenciamento de serviços de saúde. A formação desses profissionais contemplará, além dos aspectos clínico, cirúrgico e gerenciais, a abordagem psicossocial nos casos de violência.

A formação e a certificação de profissionais atuantes no sistema de emergência pré-hospitalar e hospitalar serão de responsabilidade das escolas de medicina e enfermagem credenciadas pelo Ministério da Educação. Somam-se aos núcleos formadores e certificadores as sociedades médicas, de enfermagem e científicas cuja titulação seja reconhecida.

Nas localidades onde seja elevada a demanda de pacientes aos hospitais de emergência de alta complexidade, serão criados serviços de pronto atendimento, em diversas áreas das regiões metropolitanas, que atuarão principalmente como instâncias de estabilização e triagem, reforçando as demais medidas voltadas à hierarquização e descentralização do sistema de atenção hospitalar de emergência.

A ampliação do número de leitos para pacientes oriundos das salas de emergência constituirá, da mesma forma, medida essencial. Tais leitos deverão ser criados na própria unidade hospitalar que postula setor de urgência, bem como em hospitais de retaguarda destinados a dar o devido suporte às referidas unidades. Paralelamente, procurar-se-á também adequar a oferta de leitos de terapia intensiva, quer para adulto, quer pediátrica.

Com relação aos serviços de atenção especializada – tais como unidade de queimados, centros de atendimentos toxicológicos, unidades de hemodinâmica, diálise, gestação de alto risco, entre outros -, serão procedidos levantamentos para avaliação e posterior adequação às necessidades. Todas as unidades de atendimento a grandes emergências e aquelas que forem únicas em determinadas localidades ou regiões do País deverão desenvolver e adotar treinamentos simulados, em situação de catástrofe ou ocorrências que envolvam grande número de vítimas.

A unidade de tratamento de pacientes de alto risco será um ambiente obrigatório em qualquer serviço de urgência, independente de seu nível de complexidade e da etiologia do agravo. Terá como finalidade oferecer o suporte avançado de vida a qualquer paciente, seja cirúrgico ou clínico, que esteja em risco iminente de morte. Essas unidades deverão atender pacientes de todas as faixas etárias, garantidas as condições clínicas para o transporte adequado de pacientes entre diferentes serviços.

Em relação às crianças, adolescentes e jovens vítimas de quaisquer tipos de violências e de acidentes, buscar-se-á garantir o direito à assistência adequada dirigida a estas faixas etárias. Uma medida importante será a disponibilidade de equipe interdisciplinar que assegure o apoio médico, psicológico e social necessário a essas vítimas e suas famílias. Deverão ser estabelecidos serviços de referência para o atendimento dos casos de difícil manejo nas unidades de saúde, tomando-se como exemplo os serviços de atenção às vítimas de abuso sexual e suas famílias.

O cartão da criança será ser utilizado e valorizado como instrumento básico de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, bem como de registro de situações de risco, tais como: modificação do ritmo de crescimento, não cumprimento do calendário de vacinação, atraso nas etapas do desenvolvimento, desnutrição, desmame, que poderão, dentro de um atendimento geral, auxiliar na detecção de situações de negligência.

O atendimento a ser prestado às mulheres pelos serviços de saúde contemplará o aumento da autoestima, de modo que elas se sintam fortalecidas para identificar soluções, em conjunto com a equipe multiprofissional dos serviços, para a situação vivenciada, assim como para a prevenção de comportamentos violentos, buscando-se romper os elos dessa cadeia. Dessa forma deverão ser contempladas também atividades voltadas à reeducação de agressores e garantidas redes de apoio para o atendimento, tais como abrigos e unidades que atendam ao aborto legal.

A assistência aos idosos, no âmbito hospitalar, lesará em conta que a idade é um indicador precário na determinação das características especiais do enfermo hospitalizado. Neste sentido, a capacidade funcional constituirá o parâmetro mais fidedigno para o estabelecimento de critérios específicos de atendimento. Uma questão que deverá ser considerada refere-se ao fato de que o idoso tem direito a um atendimento preferencial nos órgãos estatais e privados de saúde - ambulatórios, hospitais, laboratórios, planos de saúde, entre outros -, na conformidade do que estabelece a Lei N.º 8.842/94, em seu art. 4º, inciso VIII, e o art. 17, do Decreto N.º 1.948/96, que a regulamentou. O idoso terá também uma autorização para acompanhante familiar em hospitais públicos e privados - conveniados ou contratados - pelo SUS.

Na relação entre o idoso e os profissionais de saúde, um dos aspectos que será sempre observado é a possibilidade de maus-tratos, quer por parte da família, quer por parte do cuidador ou mesmo destes profissionais. É importante que o idoso saiba identificar posturas e comportamentos que significam maus-tratos, bem como os fatores de risco envolvidos. O profissional de saúde, quando houver indícios de que um idoso possa estar sendo submetido a maus-tratos deverá denunciar sua suspeita.

Especial atenção será dada à formação das equipes de saúde para o diagnóstico e o registro corretos da relação entre trabalho, acidentes e violências. Para tanto, a rede assistencial deverá ser capacitada não só para prestar a atenção requerida, mas também para acionar o desencadeamento de ações de prevenção. Para tanto buscar-se-á a contínua integração entre as ações assistenciais e aquelas atinentes à vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental, para que sejam desencadeadas medidas oportunas e adequadas nos ambientes de trabalho, visando ao controle e ou eliminação dos fatores de risco neles presentes.

Além disso, incentivar-se-á a criação e a capacitação de unidades de emergências para o atendimento de intoxicações, enfatizando-se aquelas decorrentes de agrotóxicos, com apoio toxicológico de emergência e de referência.

3.5. Estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação.

A operacionalização dessa diretriz compreenderá, inicialmente, a elaboração de normas relativas à recuperação e à reabilitação, em nível nacional, ao lado do aparelhamento das unidades de saúde para o adequado atendimento aos pacientes nem fase da atenção.

O processo de reabilitação, que tem início na instituição de saúde, dirigirá suas ações não somente para a educação do paciente como, também, de sua família. Assim, os serviços de reabilitação prestarão atendimento multiprofissional aos pacientes, a fim de evitar seqüelas e incapacidades, além de propiciar condições para a sua reintegração aos grupos familiar, social e laboral.

Para favorecer o alcance da independência do paciente dentro da nova situação, procurar-se-á provê-lo dos vários recursos de reabilitação, tais como órteses, próteses, cadeiras de rodas e auxílios de locomoção, como andadores, muletas, bengalas, meios de comunicação alternativos, entre outros.

Deverão ser criados mecanismos que favoreçam a informação, orientação e apoio ao paciente e a sua família como sujeitos da ação de recuperação. Dois desses mecanismos serão a sensibilização e a informação dos gerentes dos serviços e dos profissionais de saúde sobre os seus respectivos papéis na orientação dos portadores de seqüelas e familiares.

A readaptação do paciente à família e à sociedade requererá a adoção de medidas essenciais, tais como:

- diagnóstico epidemiológico dos portadores de seqüelas;

- levantamento da situação dos serviços e sua adequação às necessidades;
- adequação dos espaços urbanos, domésticos, dos edifícios públicos e particulares, bem como dos meios de transporte, de modo a permitir a redução do número de acidentes e a livre locomoção dos pacientes, eliminando-se barreiras arquitetônicas e superando barreiras culturais;
- incentivo às instituições empregadoras para que contratem portadores de seqüelas.

Paralelamente, promover-se-á a organização de uma rede coordenada de atendimento - incluindo equipes de reabilitação para atendimento na própria comunidade -, mediante a sistematização e conjugação de esforços e de serviços existentes na região. Tal estratégia visa potencializar os recursos disponíveis localmente, bem como aqueles que são colocados à disposição por parte das diferentes instâncias do SUS, de que são exemplos os recursos financeiros repassados pelo nível federal aos gestores estaduais e municipais para o fornecimento de órteses e próteses ambulatoriais e hospitalares.

A entrada do usuário nessa rede dar-se-á pela unidade básica de saúde ou pelo serviço de emergência ou pronto atendimento, a partir do qual será assistido, receberá orientação e ou será encaminhado para um serviço compatível com as suas necessidades. Essa organização da atenção não significa que, pelo fato de ser assistido em um serviço de menor complexidade, o paciente não terá acesso aquele compreendido nos outros níveis. Na realidade, essa dinâmica possibilitará uma distribuição racional da clientela, evitando-se a sobrecarga de qualquer um dos serviços.

3.6 Capacitação de recursos humanos

A preparação de recursos humanos deverá atender a todas as necessidades decorrentes da implementação das diretrizes aqui fixadas, destacando, em especial:

- promoção de treinamento voltado à melhoria da qualidade da informação no tocante à vigilância epidemiológica por causas externas;
- criação da disciplina de emergência nos cursos da área de saúde;
- complementação curricular para especialização em emergência para técnicos ou auxiliares de enfermagem a serem homologados pelo MEC:
- promoção do estabelecimento e implementação de currículo mínimo padronizado - homologado pelo MEC - para a formação de profissionais, voltados ao atendimento pré-hospitalar.
- capacitação de recursos humanos da área da saúde e de outros setores para atuar na área de prevenção de acidentes e de violências, tendo em vista a promoção de comportamentos e ambientes saudáveis e levando em conta as características sociais e culturais, bem como fatores de vulnerabilidade de cada grupo populacional; tal capacitação deverá incluir conhecimentos e técnicas de educação e comunicação social em saúde, além da elaboração de material informativo e educativo.

3.7. Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas

O desenvolvimento de estudos e pesquisas referentes aos vários aspectos relacionados a acidentes e a violências constituirá medida essencial para que o tema seja, efetivamente, abordado como problema de saúde pública relevante e para que sejam identificadas as intervenções apropriadas ao seu controle no âmbito do setor saúde.

As pesquisas deverão integrar estudos de cunho sócio-antropológico, essenciais para a identificação dos valores, hábitos e crenças que perpassam as relações interpessoais e institucionais e de outras áreas afins do tema. Aliam-se a essas, pesquisas epidemiológicas e clínicas que permitam a identificação de fatores de risco e de proteção envolvidos nas redes causais de acidentes e de violências, ao mesmo tempo que indicam áreas e grupos sociais mais vulneráveis a esses agravos.

Será necessário também desenvolver investigações quanto ao impacto socioeconômico das violências e dos acidentes na sociedade. Para tanto, as universidades e os centros de investigação deverão estar integrados com as temáticas geradas a partir dos serviços.

4. RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS

A redução da morbimortalidade por acidentes e violências no País - propósito desta Política Nacional - requererá dos gestores do SUS e dos demais técnicos envolvidos com a questão o adequado provimento dos meios necessários ao desenvolvimento das ações. A articulação intrasetorial é requisito indispensável para que as diretrizes aqui fixadas sejam operacionalizadas.

Por outro lado, tendo em conta que a consecução de tal propósito depende da adoção de medidas essenciais de competência de outros setores, esta Política tem como princípio a construção e a consolidação de parcerias efetivas com diferentes segmentos governamentais e não-governamentais. Essas parcerias significam a conjugação de esforços que se expressam mediante a implementação de um amplo e diversificado conjunto de ações articuladas, voltadas à prevenção de acidentes e de violências e, por via consequência, à redução da ocorrência destes eventos, contribuindo, assim, para a qualidade de vida da população.

Na articulação intersetorial será buscado o engajamento de toda a sociedade, a qual deverá ser mobilizada sobretudo por intermédio dos diferentes segmentos sociais que a representam, estabelecendo compromissos mútuos que resultem em medidas concretas, como, por exemplo, a adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis, que é um dos elementos capazes de refletir decisivamente na redução de acidentes e de violências no País.

4.1. Articulação intersetorial

No âmbito federal caberá ao Ministério da Saúde promover a articulação dentro do próprio setor e com as instâncias a seguir identificadas, com as quais buscará construir e consolidar as parcerias anteriormente referidas, a partir das medidas aqui explicitadas e consideradas essenciais para o alcance do propósito estabelecido na presente Política Nacional.

Além das responsabilidades específicas em relação a esta Política, caberá também aos gestores estaduais e municipais do SUS, em suas respectivas áreas de abrangência, estabelecer a indispensável parceria, preconizada neste documento.

A. Secretaria de Estado do Desenvolvimento Urbano

Buscar-se-á, em especial com essa Secretaria, a promoção de medidas destinadas a adequar e ou readequar os espaços urbanos, domésticos e dos edifícios públicos e particulares, com vistas à prevenção de acidentes e de violências, e permitir a livre locomoção dos pacientes vítimas destes eventos.

B. Ministério da Justiça

A parceria a ser estabelecida visará principalmente:

- a sensibilização e a capacitação de médicos que atuam nos institutos de medicina legal para que possam fornecer, adequada e oportunamente, atendimento humanizado, favorecendo a emissão de laudos completos para a adoção das medidas cabíveis, bem como a alimentação dos sistemas de informações;
- a criação de eventos específicos para a discussão de questões polêmicas como o atendimento, encaminhamento e acompanhamento de vítimas de abuso sexual;
- a integração dos sistemas de informações relacionados a acidentes e a violências, disponíveis nos âmbitos policial e de trânsito, inclusive com a padronização nacional dos formulários de cada um destes sistemas;
- a promoção de medidas destinadas a melhorar a segurança dos pedestres, dos condutores, dos passageiros, dos veículos e das vias públicas;
- a plena implantação do Código de Trânsito Brasileiro (CTB), com especial atenção às normas de caráter preventivo, como o novo sistema de habilitação, o controle de condições de segurança da frota de veículos e das vias;
- a promoção de medidas, tendo em conta os art.s 77 e 78 do CTB, dirigidas à informação e à sensibilização da sociedade quanto à importância do Código, entre as quais destacam-se: a elaboração e a divulgação de material educativo

referente aos fatores de risco que interferem na direção segura; a divulgação, em nível nacional, do Código e de sua regulamentação, de modo a facilitar a participação do poder público e da população; o desenvolvimento de ações que favoreçam a participação social, ressaltando o seu papel na prevenção, inclusive com a elaboração de manual acerca desta participação no trânsito;

- o cumprimento de dispositivo contido no CTB relativo à utilização no trânsito dos recursos nele gerados, sobretudo na introdução de novas tecnologias e no treinamento de recursos humanos;

- o cumprimento e a consolidação do Estatuto da Criança e do Adolescente, mediante, por exemplo, o fortalecimento das medidas adotadas contra a prostituição infanto-juvenil, a erradicação do trabalho infantil e as referentes a crianças, adolescentes e jovens autores de atos infracionais;

- a divulgação da Lei N.º 9.534/97 e a promoção do seu cumprimento, em especial no que respeita à gratuidade do registro civil de nascimento;

- o estabelecimento de protocolos de cooperação visando à prevenção e ao atendimento das vítimas de acidentes e de violências, compreendendo a elaboração e implantação de projetos conjuntos, bem como a padronização de formulários, como o Boletim de Ocorrência Policial, entre outros;

- o treinamento para policiais, técnicos do IML e demais profissionais envolvidos, respeitadas as suas áreas de competência;

- a adoção de medidas de controle de armas de fogo, considerando-as como importante fator de risco para a violência.

C. Ministério da Educação

Buscar-se-á, com esse Ministério, sobretudo:

- a inclusão nos currículos de primeiro e segundo graus, bem como nos cursos profissionalizantes e técnicos, de conteúdos referentes à prevenção de acidentes e de violências;

- a mobilização das universidades para que induzam investigações atinentes aos acidentes e às violências, não só divulgando-as em publicações científicas, mas de forma que contribuam, inclusive, para a melhoria e o aprimoramento da rede de serviços;

- a inclusão, nos currículos dos cursos de graduação da área da saúde, educação, assistência social e direito de disciplina relacionada a acidentes e a violências;

- a adoção, no nível médio de ensino, de currículo interdisciplinar com conteúdo programático sobre defesa civil;

- o estímulo aos pesquisadores das universidades para que usem os dados oriundos dos institutos de medicina legal, visando a retroalimentação dos sistemas de informações nestas instituições;

- o incentivo, nos cursos de graduação da área de saúde, à formação em emergência;

- o estabelecimento de currículo mínimo para técnicos de emergência e de profissionais;

- o apoio no estabelecimento de cursos e estágios de educação continuada e atualização para profissionais de saúde e outros envolvidos no atendimento pré-hospitalar e hospitalar às eminências;

- o estímulo à criação de residência médica e de enfermagem em emergência - contemplando aspectos do planejamento, administração e prestação de serviços - e a sua respectiva homologação pelos órgãos competentes.

D. Ministério do Trabalho e Emprego

A parceria a ser estabelecida visará a implementação das medidas de prevenção dos acidentes de trabalho e o fortalecimento das iniciativas destinadas a erradicar o trabalho infantil e a coibir a exploração do trabalho juvenil; além disso, procurará viabilizar a ampliação do programa de bolsas de trabalho para jovens.

E. Ministério da Previdência Social

Com esse Ministério, a parceria a ser estabelecida buscará promover a ampliação da cobertura e o aperfeiçoamento da Comunicação de Acidentes de Trabalho (CAT).

F. Ministério dos Transportes

A parceria visará, sobretudo, a adoção de medidas destinadas a melhorar a segurança das vias públicas, mediante a inclusão, nos contratos de concessão de rodovias, de normas técnicas de procedimento, bem como de auditoria técnica independente.

G. Ministério da Ciência e Tecnologia

A articulação objetivará, em especial:

- a indução, por parte do MCT, de pesquisas que englobem as diferentes questões relativas a acidentes e a violências, de modo a contribuir para o aperfeiçoamento das medidas dirigidas à prevenção e ao atendimento de vítimas destes eventos;
- o estímulo aos pesquisadores das universidades para que usem os dados oriundos de todas as fontes, particularmente dos institutos de medicina legal, visando a retroalimentação dos sistemas de informações nestas instituições;
- o estímulo à criação de novas tecnologias - preventivas, recuperativas e reabilitadoras - inerentes às violências e aos acidentes.

4.2. Responsabilidades do Gestor Federal - Ministério da Saúde

- Implementar, acompanhar e avaliar o desenvolvimento desta Política Nacional, bem como os planos, programas, projetos e atividades dela decorrentes.
- Assessorar as Unidades Federadas na elaboração e implementação de suas respectivas políticas estaduais.
- Desenvolver e implementar mecanismos que possibilitem a articulação intrasetorial.
- Promover a ampliação da abrangência dos sistemas de informação inerentes à morbidade e mortalidade, de modo que cubram, de forma adequada e suficiente, dados relativos a acidentes e a violências; criar sistema padronizado e integrado que contemple dados relacionados a atendimentos de pré-hospitalar, pronto-socorro e ambulatório, que permita as investigações das causas externas; e viabilizar auditoria relativa a qualidade da informação.
- Incorporar as causas externas como agravo de notificação.
- Organizar e implementar ações relativas à vigilância epidemiológica de acidentes e de violências.
- Promover o diagnóstico, a notificação e o acompanhamento dos casos de violência doméstica em crianças, adolescentes, jovens, mulheres, idosos e portadores de deficiência visando o atendimento e o conhecimento destes casos.
- Promover a elaboração e acompanhar o cumprimento das normas relativas a acidentes e a violências no âmbito do setor saúde.
- Promover o cumprimento, no âmbito da ação específica do setor, dos preceitos contidos no ECA, no que se refere ao direito à vida e à saúde da criança e do adolescente (art.s 7 a 14).

- Apoiar a plena implantação do CTB, com especial atenção às normas de caráter preventivo, como o novo sistema de habilitação, o controle de condições de segurança da frota de veículos e das vias.

- Participar da promoção de medidas preventivas, tendo em conta os art.s 77 e 78 do CTB, dirigidas à informação e à sensibilização da sociedade quanto a sua importância, entre as quais se destacam: a elaboração e a divulgação de material educativo referente aos fatores de risco e o desenvolvimento de ações que favoreçam a participação social, inclusive da elaboração de manual acerca desta participação.

- Estabelecer recomendações clínicas sobre patologias e comportamentos que possam comprometer a capacidade de dirigir e associar-se a organizações da sociedade civil, empresas públicas e privadas para a sua imensa divulgação.

- Prestar cooperação técnica aos estados e municípios na implementação desta Política.

- Estimular e apoiar a realização de pesquisas consideradas estratégicas no contexto desta Política, promover a disseminação e divulgar as informações técnico-científicas e de experiências exitosas referentes à prevenção de acidentes e de violências.

- Promover a capacitação de recursos humanos.

- Promover a adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis, mediante a mobilização de diferentes segmentos da sociedade e por intermédio de campanhas publicitárias e de processos educativos permanentes.

- Apoiar estados e municípios, a partir da análise de tendências, no desencadeamento de medidas visando a eliminação ou o controle de fatores de risco detectados.

- Fomentar a organização e a consolidação de serviços de atendimento pré-hospitalar, assim como estabelecer normas para o seu funcionamento, integrando-os ao atendimento hospitalar de emergência.

- Apoiar a organização da rede regionalizada e hierarquizada para a assistência às vítimas de acidentes e de violências, bem como para a recuperação e reabilitação.

- Promover a observância do disposto na Portaria SAS/MS N° 142/97, que determina o preenchimento da Autorização de Internação Hospitalar com o código referente à causa externa que motivou a internação, de modo a contribuir para a efetiva vigilância epidemiológica dos acidentes e das violências.

- Promover a padronização, em âmbito nacional, de boletim de atendimento médico ao nível pré-hospitalar, hospitalar de emergência e ambulatorial, possibilitando a ação efetiva de vigilância epidemiológica de acidentes e de violências.

- Inserir de forma destacada, nas bulas de medicamentos, informações acerca dos riscos do uso destes produtos na execução de determinadas atividades, de que são exemplos a operação de máquinas pesadas, a direção de veículos, entre outras, inclusive quanto aos seus efeitos potencializadores.

- Restar assessoria na organização de consórcios intermunicipais.

4.3. Responsabilidades do Gestor Estadual - Secretaria Estadual de Saúde

- Elaborar, coordenar e executar a política estadual relativa a acidentes e a violências, no âmbito do setor saúde, consoante a esta Política Nacional.

- Promover a elaboração e ou adequação dos planos, programas, projetos e atividades, decorrentes desta Política.

- Promover processo de articulação entre os diferentes setores no Estado, visando a implementação da respectiva política, na conformidade da orientação constante na introdução deste Capítulo 4.

- Organizar, padronizar e implementar ações relativas à vigilância epidemiológica de acidentes e de violências.

- Organizar e implementar sistemas integrados de informação de morbidade e mortalidade, relacionados a acidentes e a violências.
- Prestar cooperação técnica aos municípios na implementação da presente Política e da respectiva política estadual.
- Estimular e apoiar a realização de pesquisas consideradas estratégicas nesta Política Nacional e na respectiva política estadual.
- Promover a disseminação de informações técnico-científicas e de experiências exitosas referentes à prevenção de acidentes e de violências.
- Promover e realizar a capacitação de recursos humanos, conforme preconizado na diretriz referente ao tema, com vistas à prevenção e qualidade de atendimento, sistematizado e humanizado, nas áreas da saúde e afins.
- Promover a adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis, mediante a mobilização de diferentes segmentos da sociedade e por intermédio de campanhas publicitárias e de processos educativos permanentes.
- Promover a articulação com os setores de educação, justiça e segurança pública, visando o estabelecimento de protocolos de cooperação na prevenção de acidentes e de violências, que incluam, entre outros, a elaboração e implantação de projetos conjuntos e a realização de treinamentos para policiais, técnicos do IML, Conselhos Tutelares e Varas de Infância e Juventude.
- Apoiar os municípios, a partir da análise de tendências, no desencadeamento de medidas visando a eliminação ou o controle de fatores de risco detectados.
- Promover a observância do disposto na Portaria SAS/MS N° 142/97, que determina o preenchimento da Autorização de Internação Hospitalar com o código referente à causa externa que motivou a internação, de modo a contribuir para a efetiva vigilância epidemiológica dos acidentes e das violências.
- Promover a consolidação e ou organização do atendimento pré-hospitalar.
- Organizar a rede regionalizada e hierarquizada para a assistência às vítimas de acidentes e de violências, incluindo a recuperação e reabilitação, promovendo, se for o caso, o estabelecimento de consórcios intermunicipais.

4.4. Responsabilidades do Gestor Municipal - Secretaria Municipal de Saúde ou organismo correspondente

- Coordenar e executar as ações decorrentes das Políticas Nacional e Estadual, em seu respectivo âmbito, definindo componentes específicos que devem ser implementados pelo município.
- Promover e executar as medidas necessárias visando a integração da programação municipal à adotada pelo estado.
- Promover e executar a articulação entre os diferentes setores no município, visando a implementação das ações decorrentes das Políticas Nacional e Estadual, na conformidade da orientação constante na introdução deste Capítulo 4.
- Promover e executar o treinamento e a capacitação de recursos humanos para operacionalizar o elenco das atividades específicas decorrentes das Políticas Nacional e Estadual.
- Estabelecer e manter sistemas de informação e análise relacionados à morbimortalidade por acidentes e violências.
- Desenvolver ações relativos à vigilância epidemiológica de acidentes e de violências.
- Promover a observância da Portaria SAS/MS N° 142/97, que determina o preenchimento da Autorização de Internação Hospitalar com o código referente à causa externa que motivou a internação, de modo a contribuir para a efetiva vigilância epidemiológica dos acidentes e das violências.

- Promover a difusão de conhecimentos e recomendações sobre práticas, hábitos e estilos saudáveis por parte dos munícipes, mobilizando, para tanto, os diferentes segmentos sociais locais.
- Aplicar e acompanhar o cumprimento das normas decorrentes desta Política.
- Promover a consolidação e ou organização do atendimento pré-hospitalar.
- Organizar e implementar a rede regionalizada e hierarquizada para a assistência às vítimas de acidentes e de violências, incluindo a recuperação e reabilitação, estabelecendo, se for o caso, consórcios intermunicipais.

5. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

A partir de sua operacionalização a presente Política Nacional compreenderá o desenvolvimento de um processo sistematizado de avaliação, com um acompanhamento permanente que permita o conhecimento da repercussão das ações sobre a ocorrência de acidentes e de violências no País, bem como acerca das consequências decorrentes destes eventos, sobretudo no tocante ao atendimento, recuperação e reabilitação de pessoas vitimadas. Além disso, deverá possibilitar a incorporação de novas diretrizes para o enfrentamento dos diferentes eventos relacionados a acidentes e a violências e a realização de eventuais ajustes que venham a ser ditados pela prática.

Para o desenvolvimento desse processo, serão definidos parâmetros, critérios e metodologias específicas, capazes de, inclusive, favorecer o conhecimento da repercussão das medidas levadas a efeito por setores com os quais se buscará estabelecer parcerias, identificadas no capítulo "Responsabilidades Institucionais", deste documento.

Tais acompanhamentos e avaliação poderão valer-se dos dados e informações gerados pelos diferentes programas, planos, projetos ou atividades que serão operacionalizados a partir desta Política.

Além da avaliação anteriormente prescrita, procurar-se-á investigar a repercussão desta Política sobre a qualidade de vida das pessoas, bem como a sua contribuição para a concretização dos princípios e diretrizes do SUS, especialmente na conformidade do que estabelece a Lei Orgânica da Saúde, em seu art. 7º (Lei N.º 8.080/90), destacando-se:

- a "integralidade da assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema" (inciso II);
- a "preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral" (inciso III);
- o direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde" (inciso V);
- a "conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população" (inciso XI);
- a "capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência" (inciso XII); e
- a "organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos" (inciso XIII).

O processo de acompanhamento aqui preconizado deverá, igualmente, avaliar em que medida estão sendo cumpridas as metas e compromissos internacionais dos quais o Governo Brasileiro é signatário, bem como daqueles oriundos de eventos nacionais.

6. TERMINOLOGIA

Abandono: ausência ou deserção por parte do responsável, dos cuidados, necessários às vítimas, ao qual caberia prover custódia física ou cuidado;

Abuso financeiro aos idosos: exploração imprópria ou ilegal e ou uso não consentido de recursos financeiros de um idoso;

Abuso físico ou maus-tratos físicos: uso de força física que pode produzir uma injúria, ferida, dor ou incapacidade;

Abuso psicológico ou maus-tratos psicológicos: agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar, rejeitar, humilhar a vítima, restringir a liberdade ou ainda isolá-la do convívio social;

Abuso sexual: ato ou jogo sexual que ocorre em relação hétero ou homossexual que visa estimular a vítima ou utilizá-la para obter excitação sexual e práticas eróticas e sexuais impostas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças;

Acidentes ampliados: são acidentes relacionados a indústrias de processos contínuos, não se restringem ao ambiente de trabalho, afetando comunidades do entorno e produzindo efeitos adversos ao longo do tempo;

Autonegligência: conduta de pessoa idosa que ameaça sua própria saúde ou segurança, com a recusa ou o fracasso de prover a si mesmo um cuidado adequado;

Acidentes de transporte: todo acidente que envolve veículo destinado ao transporte de pessoas ou mercadorias de um lugar para outro;

Acidentes de trânsito: acidentes com veículos, ocorridos na via pública;

Agentes tóxicos: toda substância que, em contágio com o organismo, causa alterações eia suas funções;

Atendimento de recuperação e reabilitação: atendimento oferecido após a alta do paciente, geralmente em ambiente ambulatorial;

Atendimento pré-hospitalar: atendimento especializado oferecido a uma pessoa no local da ocorrência do evento, antes da chegada ao hospital;

Causas externas: ocorrências relacionais e acidentais e circunstâncias ambientais como causas de lesões, envenenamentos e outros efeitos adversos;

Deficiência: qualquer perda ou alteração de uma estrutura, função de ordem psicológica, fisiológica ou anatômica;

Fatores de risco: elementos de qualquer origem que possam comprometer ou colocar em risco a integridade física e ou emocional de um indivíduo;

Imaginologia: estudo de todos procedimentos diagnósticos por imagem;

Incapacidade: qualquer restrição ou falta - resultante de uma deficiência – da capacidade de realizar uma atividade nos moldes e limites considerados normais para um ser humano;

Informações tóxico-farmacológicas: informações sobre envenenamentos por medicamentos, produtos domiciliares, inseticidas, plantas tóxicas, animais peçonhentos, metais pesados, euforias (cocaína, LSD etc.), interações medicamentosas ou de drogas e teratogênese, bem como ações preventivas na área toxicológica;

Negligência: recusa, omissão ou fracasso por parte do responsável no cuidado com a vítima;

Notificação: é a comunicação obrigatória de determinadas doenças ou agravos às autoridades de saúde;

Reabilitação: desenvolvimento de uma pessoa até o mais completo potencial físico, psicológico, social, profissional, não-profissional e educacional, compatível com seu comprometimento fisiológico, anatômico e limitações ambientais;

Recuperação: ato de recuperar, recobrar ou restaurar funções, membros ou segmentos corporais que foram atingidos por lesões ou traumas;

Sequelas: danos deixados por qualquer doença ou agravo;

Profissionais responsáveis pela segurança relacionados ao Atendimento Pré-Hospitalar: Corpos de Bombeiros, Policiais Cívicos, Militares, Rodoviários, e outros profissionais, devidamente reconhecidos pelo Gestor público da saúde,

para o desempenho do atendimento pré-hospitalar em suporte básico de vida (intervenção conservadora não-invasiva) sob supervisão médica, normalizados pelo SUS;

Suporte básico de vida: estrutura de apoio oferecida a pacientes com risco de morte desconhecido, promovida por profissionais de saúde, por meio de medidas conservadoras não-invasivas (como imobilização do pescoço, compressão de sangramento etc.);

Suporte avançado de vida: estrutura de apoio oferecido a pacientes em risco de morte, promovido por profissionais médicos, por intermédio de medidas não-invasivas ou invasivas (como, por exemplo, drenagem de tórax, acesso às vias aéreas, acesso venoso etc.);

Unidade de tratamento de pacientes de alto risco: ambiente destinado a oferecer suporte básico e avançado de vida, favorecendo principalmente uma remoção adequada, tanto intra quanto inter-hospitalar; e

Veículos para atendimento pré-hospitalar: viaturas equipadas com equipamentos para resgatar vítimas presas em ferragens ou em outras condições anômalas.

ANEXO VIII

Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio (Origem: PRT MS/GM 1876/2006)

Art. 1º Ficam instituídas as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. (Origem: PRT MS/GM 1876/2006, Art. 1º)

Art. 2º As Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio serão organizadas de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado de Saúde, as Secretarias Municipais de Saúde, as instituições acadêmicas, as organizações da sociedade civil, os organismos governamentais e os não governamentais, nacionais e internacionais, permitindo: (Origem: PRT MS/GM 1876/2006, Art. 2º)

I - desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida, de educação, de proteção e de recuperação da saúde e de prevenção de danos; (Origem: PRT MS/GM 1876/2006, Art. 2º, I)

II - desenvolver estratégias de informação, de comunicação e de sensibilização da sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido; (Origem: PRT MS/GM 1876/2006, Art. 2º, II)

III - organizar linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) em todos os níveis de atenção, garantindo o acesso às diferentes modalidades terapêuticas; (Origem: PRT MS/GM 1876/2006, Art. 2º, III)

IV - identificar a prevalência dos determinantes e condicionantes do suicídio e tentativas, assim como os fatores protetores e o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública, sem excluir a responsabilidade de toda a sociedade; (Origem: PRT MS/GM 1876/2006, Art. 2º, IV)

V - fomentar e executar projetos estratégicos fundamentados em estudos de custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como em processos de organização da rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio; (Origem: PRT MS/GM 1876/2006, Art. 2º, V)

VI - contribuir para o desenvolvimento de métodos de coleta e análise de dados, permitindo a qualificação da gestão, a disseminação das informações e dos conhecimentos; (Origem: PRT MS/GM 1876/2006, Art. 2º, VI)

VII - promover intercâmbio entre o Sistema de Informações do SUS e outros sistemas de informações setoriais afins, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações; e (Origem: PRT MS/GM 1876/2006, Art. 2º, VII)

VIII - promover a educação permanente dos profissionais de saúde das unidades de atenção básica, inclusive do Programa Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização. (Origem: PRT MS/GM 1876/2006, Art. 2º, VIII)

Art. 3º A Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS), em conjunto com outras áreas e agências do Ministério da Saúde, adotarão as providências necessárias para a estruturação das Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio. (Origem: PRT MS/GM 1876/2006, Art. 3º)

Art. 4º A Secretaria de Atenção à Saúde constituirá um Grupo de Trabalho, a ser instituído por portaria específica, para propor a regulamentação dessas diretrizes. (Origem: PRT MS/GM 1876/2006, Art. 4º)

Art. 5º A regulamentação dessas diretrizes será apresentada e pactuada no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT). (Origem: PRT MS/GM 1876/2006, Art. 5º)

ANEXO IX

Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) (Origem: PRT MS/GM 874/2013)

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO I)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 1º)

Art. 2º A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer tem como objetivo a redução da mortalidade e da incapacidade causadas por esta doença e ainda a possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos de câncer, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 2º)

Art. 3º A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer é organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde da população mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, devidamente estruturados por sistemas de apoio, sistemas logísticos, regulação e governança da rede de atenção à saúde em consonância com o Anexo I da Portaria de Consolidação nº 3, e implementada de forma articulada entre o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 3º)

CAPÍTULO II

DOS PRINCÍPIOS E DAS DIRETRIZES

(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO II)

Art. 4º A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer é constituída a partir dos seguintes princípios e diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 4º)

I - princípios gerais; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 4º, I)

II - princípios e diretrizes relacionados à promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 4º, II)

III - princípios e diretrizes relacionados à prevenção do câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 4º, III)

IV - princípios e diretrizes relacionados à vigilância, ao monitoramento e à avaliação; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 4º, IV)

V - princípios e diretrizes relacionados ao cuidado integral; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 4º, V)

VI - princípios e diretrizes relacionados à ciência e à tecnologia; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 4º, VI)

VII - princípios e diretrizes relacionados à educação; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 4º, VII)

VIII - princípios e diretrizes relacionados à comunicação em saúde. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 4º, VIII)

Seção I

Dos Princípios Gerais da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO II, Seção I)

Art. 5º Constituem-se princípios gerais da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 5º)

I - reconhecimento do câncer como doença crônica prevenível e necessidade de oferta de cuidado integral, considerando-se as diretrizes da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 5º, I)

II - organização de redes de atenção regionalizadas e descentralizadas, com respeito a critérios de acesso, escala e escopo; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 5º, II)

III - formação de profissionais e promoção de educação permanente, por meio de atividades que visem à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde para qualificação do cuidado nos diferentes níveis da atenção à saúde e para a implantação desta Política; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 5º, III)

IV - articulação intersetorial e garantia de ampla participação e controle social; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 5º, IV)

V - a incorporação e o uso de tecnologias voltadas para a prevenção e o controle do câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS devem ser resultado das recomendações formuladas por órgãos governamentais a partir do processo de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) e da Avaliação Econômica (AE). (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 5º, V)

Seção II

Dos Princípios e Diretrizes Relacionados à Promoção da Saúde (Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO II, Seção II)

Art. 6º Constitui-se princípio relacionado à promoção da saúde no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer a identificação e a intervenção sobre os determinantes e condicionantes dos tipos de câncer e orientadas para o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública e da sociedade civil que promovam a saúde e a qualidade de vida. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 6º)

Art. 7º São diretrizes relacionadas à promoção da saúde no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 7º)

I - fortalecimento de políticas públicas que visem desenvolver ao máximo a saúde potencial de cada cidadão, incluindo políticas que tenham como objeto a criação de ambientes favoráveis à saúde e ao desenvolvimento de habilidades individuais e sociais para o autocuidado; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 7º, I)

II - realização de ações intersetoriais, buscando-se parcerias que propiciem o desenvolvimento das ações de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 7º, II)

III - promoção de hábitos alimentares saudáveis como o aleitamento materno, exclusivo até os 6 (seis) meses de vida, e o aumento do consumo de frutas, legumes e verduras, incluindo-se ações educativas e intervenções ambientais e organizacionais; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 7º, III)

IV - promoção de práticas corporais e atividades físicas, tais como ginástica, caminhadas, dança e jogos esportivos e populares; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 7º, IV)

V - enfrentamento dos impactos dos agrotóxicos na saúde humana e no ambiente, por meio de práticas de promoção da saúde com caráter preventivo e sustentável; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 7º, V)

VI - desenvolvimento de ações e políticas públicas para enfrentamento do tabagismo, do consumo de álcool, do sobrepeso, da obesidade e do consumo alimentar inadequado, considerados os fatores de risco relacionados ao câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 7º, VI)

VII - promoção de atividades e práticas relacionadas à promoção da saúde a serem desenvolvidas em espaços que inclusive ultrapassem os limites dos serviços de saúde, chegando, por exemplo, às escolas, aos locais de trabalhos e aos lares; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 7º, VII)

VIII - avanço nas ações de implementação da Convenção-Quadro sobre Controle do Uso do Tabaco, de que trata o Decreto nº 5.658, de 2 de janeiro de 2006; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 7º, VIII)

IX - fomento à elaboração de documentos normativos voltados à regulamentação de produção e consumo de produtos e alimentos cuja composição contenha agentes cancerígenos e/ou altas concentrações de calorias, gorduras saturadas ou trans, açúcar e sal; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 7º, IX)

X - fomento à ampliação de medidas restritivas ao marketing de alimentos e bebidas com alto teor de sal, calorias, gorduras e açúcar, especialmente os direcionados às crianças. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 7º, X)

Seção III

Dos Princípios e Diretrizes Relacionados à Prevenção do Câncer
(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO II, Seção III)

Art. 8º Constitui-se princípio da prevenção do câncer no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer a eliminação, redução e o controle de fatores de risco físicos, químicos e biológicos e a intervenção sobre seus determinantes socioeconômicos, além de integrar ações de detecção precoce do câncer. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 8º)

Art. 9º São diretrizes relacionadas à prevenção do câncer no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 9º)

I - fomento à eliminação ou redução da exposição aos agentes cancerígenos relacionados ao trabalho e ao ambiente, tais como benzeno, agrotóxicos, sílica, amianto, formaldeído e radiação; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 9º, I)

II - prevenção da iniciação do tabagismo e do uso do álcool e do consumo de alimentos não saudáveis; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 9º, II)

III - implementação de ações de detecção precoce do câncer, por meio de rastreamento ("screening") e diagnóstico precoce, a partir de recomendações governamentais, com base em ATS e AE; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 9º, III)

IV - garantia da confirmação diagnóstica oportuna dos casos suspeitos de câncer; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 9º, IV)

V - estruturação das ações de monitoramento e de controle da qualidade dos exames de rastreamento. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 9º, V)

Seção IV

Dos Princípios e Diretrizes Relacionados à Vigilância, ao Monitoramento e à Avaliação
(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO II, Seção IV)

Art. 10. Constitui-se princípio da vigilância, do monitoramento e da avaliação no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer a organização da vigilância do câncer por meio da informação, identificação, monitoramento e avaliação das ações de controle do câncer e de seus fatores de risco e proteção. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 10)

Art. 11. São diretrizes relacionadas à vigilância, ao monitoramento e à avaliação no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 11)

I - monitoramento dos fatores de risco para câncer, a fim de planejar ações capazes de prevenir, reduzir danos e proteger a vida; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 11, I)

II - utilização, de forma integrada, dos dados e das informações epidemiológicas e assistenciais disponíveis para o planejamento, monitoramento e avaliação das ações e serviços para a prevenção e o controle do câncer, produzidos: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 11, II)

a) pelos diversos sistemas de informação do SUS, dentre os quais os de mortalidade, de morbidade, de procedimentos ambulatoriais e hospitalares; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 11, II, a)

b) pelos registros do câncer de base populacional e hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 11, II, b)

c) pelos inquéritos e pesquisas populacionais; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 11, II, c)

d) pelas estatísticas vitais, demográficas e socioeconômicas brasileiras. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 11, II, d)

III - implementação e aperfeiçoamento permanente da produção e divulgação de informações, com vistas a subsidiar o planejamento de ações e serviços para a prevenção e o controle do câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 11, III)

IV - monitoramento e avaliação do desempenho e dos resultados das ações e serviços prestados nos diversos níveis de atenção à saúde, para a prevenção e o controle do câncer, utilizando critérios técnicos, mecanismos e parâmetros previamente definidos; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 11, IV)

V - monitoramento e avaliação da acessibilidade aos serviços de saúde, do tempo de espera para início do tratamento e da satisfação do usuário; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 11, V)

VI - realização de pesquisas ou de inquéritos populacionais sobre a morbidade e os fatores de risco e de proteção contra o câncer. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 11, VI)

Seção V

Dos Princípios e Diretrizes Relacionados ao Cuidado Integral

(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO II, Seção V)

Art. 12. Constitui-se princípio do cuidado integral no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer a organização das ações e serviços voltados para o cuidado integral da pessoa com câncer na Rede da Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, com base em parâmetros e critérios de necessidade e diretrizes baseadas em evidências científicas. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 12)

Art. 13. Fazem parte do cuidado integral a prevenção, a detecção precoce, o diagnóstico, o tratamento e os cuidados paliativos, que devem ser oferecidos de forma oportuna, permitindo a continuidade do cuidado. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 13)

Art. 14. São diretrizes referentes ao diagnóstico, ao tratamento e ao cuidado integral no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 14)

I - tratamento oportuno e seguro dos pacientes diagnosticados com câncer e lesões precursoras de forma mais próxima possível ao domicílio da pessoa, observando-se os critérios de escala e de escopo; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 14, I)

II - atendimento multiprofissional a todos os usuários com câncer, com oferta de cuidado compatível a cada nível de atenção e evolução da doença; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 14, II)

III - realização de tratamento dos casos raros ou muito raros que exijam alto nível de especialização e maior porte tecnológico em estabelecimentos de saúde de referência nacional, garantindo-se sua regulamentação e regulação; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 14, III)

IV - oferta de reabilitação e de cuidado paliativo para os casos que os exijam. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 14, IV)

Seção VI

Dos Princípios e Diretrizes Relacionados à Ciência e à Tecnologia
(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO II, Seção VI)

Art. 15. Constitui-se princípio da ciência e da tecnologia no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer a utilização da ATS para a tomada de decisão no processo de incorporação, reavaliação ou exclusão de tecnologias em saúde, com a articulação dos diversos setores do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 15)

Art. 16. São diretrizes relacionadas à ciência e à tecnologia no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 16)

I - estabelecimento de métodos e mecanismos para análise de viabilidade econômico-sanitária de empreendimentos públicos no Complexo Industrial da Saúde, voltados para prevenção e controle do câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 16, I)

II - implementação da rede de pesquisa para a prevenção e o controle do câncer em conformidade com os objetivos da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, de modo a aumentar a produção de conhecimento nacional relacionada a esta área; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 16, II)

III - implementação de práticas de elaboração de parecer técnico-científico, ATS e AE para subsidiar a tomada de decisão no processo de incorporação de novas tecnologias no SUS. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 16, III)

Parágrafo Único. Para fins do disposto no inciso II, a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde foi aprovada na 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, em 2004, e na 147ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde, realizada em 6 e 7 de outubro de 2004, cujo acesso encontra-se disponível no endereço eletrônico http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Politica_Portugues.pdf. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 16, Parágrafo Único)

Seção VII

Dos Princípios e Diretrizes Relacionados à Educação
(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO II, Seção VII)

Art. 17. Constitui-se princípios da educação no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer o fomento à formação e à especialização de recursos humanos, assim como a qualificação da assistência por meio da educação permanente dos profissionais envolvidos com o controle do câncer nas redes de atenção à saúde nos diferentes níveis de atenção, conforme os pressupostos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, de que trata o Anexo XL. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 17)

Art. 18. São diretrizes relacionadas à educação no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 18)

I - fomento à formação e à especialização de recursos humanos para a qualificação das práticas profissionais desenvolvidas em todos os eixos fundamentais contidos nesta Política; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 18, I)

II - implementação, nas Comissões Estaduais de Integração Ensino-Serviço (CIES), de projetos educativos voltados à prevenção e ao controle do câncer em todas as suas dimensões assistenciais, de gestão e que envolvam a ciência, a tecnologia e a inovação em saúde. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 18, II)

Seção VIII

Dos Princípios e Diretrizes Relacionados à Comunicação em Saúde
(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO II, Seção VIII)

Art. 19. Constitui-se princípio da comunicação em saúde no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer o estímulo à formulação de estratégias de comunicação com a população em parceria com os movimentos sociais, com os profissionais da saúde e outros atores sociais, que permitam disseminar e ampliar o conhecimento sobre o câncer, seus fatores de risco e sobre as diversas diretrizes de prevenção e controle e a tradução do conhecimento para os diversos públicos-alvo. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 19)

Art. 20. São diretrizes da comunicação em saúde no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 20)

I - estabelecimento de estratégias de comunicação com a população, com os profissionais de Saúde e com outros atores sociais, que permitam disseminar e ampliar o conhecimento sobre o câncer, seus fatores de risco e as diversas estratégias de prevenção e de controle, buscando a tradução do conhecimento para os diversos públicos-alvo; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 20, I)

II - estímulo às ações de fortalecimento da capacidade individual e coletiva de comunicação em saúde, promovendo mudanças a favor da promoção da saúde, da prevenção e do controle do câncer. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 20, II)

CAPÍTULO III
DAS RESPONSABILIDADES
(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO III)

Seção I
Das Responsabilidades das Esferas de Gestão do SUS
(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO III, Seção I)

Art. 21. São responsabilidades do Ministério da Saúde e das Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, em seu âmbito de atuação, além de outras que venham a ser pactuadas pelas Comissões Intergestores: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21)

I - organizar a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, considerando-se todos os pontos de atenção, bem como os sistemas logísticos e de apoio necessários para garantir a oferta de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos, de forma oportuna, para o controle do câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, I)

II - ter atuação territorial, com definição e organização da rede nas regiões de saúde, a partir do perfil epidemiológico do câncer e das necessidades de saúde; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, II)

III - reorientar o modelo de atenção às pessoas com câncer com base nos fundamentos e diretrizes desta Política e da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, III)

IV - garantir que todos os estabelecimentos de saúde que prestam atendimento às pessoas com câncer possuam infraestrutura adequada, recursos humanos capacitados e qualificados, recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes, de maneira a garantir o cuidado necessário; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, IV)

V - garantir o financiamento tripartite para o cuidado integral das pessoas com câncer, de acordo com suas responsabilidades; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, V)

VI - garantir a formação e a qualificação dos profissionais e dos trabalhadores de saúde de acordo com as diretrizes da Política de Educação Permanente em Saúde, transformando as práticas profissionais e a própria organização do trabalho, referentes à qualificação das ações de promoção da Saúde, de prevenção e do cuidado das pessoas com câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, VI)

VII - definir critérios técnicos para o funcionamento dos serviços que atuam na prevenção e no controle do câncer nos diversos níveis de atenção, bem como os mecanismos para seu monitoramento e avaliação; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, VII)

VIII - desenvolver, disponibilizar e implantar sistemas de informações para coletar, armazenar, processar e fornecer dados sobre os cuidados prestados às pessoas com câncer, com a finalidade de obter informações que possibilitem o planejamento, a avaliação, o monitoramento e o controle das ações realizadas, garantindo a interoperabilidade entre os sistemas; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, VIII)

IX - adotar mecanismos de monitoramento, avaliação e auditoria, incluindo tempo de espera para início do tratamento e satisfação do usuário, com vistas à melhoria da qualidade das ações e dos serviços ofertados, considerando as especificidades dos estabelecimentos de saúde e suas responsabilidades; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, IX)

X - promover o intercâmbio de experiências e estimular o desenvolvimento de estudos e de pesquisas que busquem o aperfeiçoamento, a inovação de tecnologias e a disseminação de conhecimentos voltados à promoção da saúde, à prevenção e ao cuidado das pessoas com câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, X)

XI - realizar parcerias com instituições internacionais e com instituições governamentais e do setor privado para fortalecimento das ações de cuidado às pessoas com câncer; em especial na prevenção e detecção precoce; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, XI)

XII - estimular a participação popular e o controle social visando à contribuição na elaboração de estratégias e no controle da execução desta política; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, XII)

XIII - elaborar e divulgar protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas para os cânceres mais prevalentes, para apoiar a organização e a estruturação da prevenção e do controle do câncer na rede de atenção à saúde; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, XIII)

XIV - apoiar e acompanhar o funcionamento dos registros hospitalares de câncer (RHC) nas unidades habilitadas em alta complexidade em oncologia e seu respectivo compromisso de envio de suas bases de dados ao Ministério da Saúde e ao Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA/SAS/MS), anualmente, para consolidação nacional e divulgação das informações; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, XIV)

XV - apoiar e acompanhar o funcionamento dos Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP), tendo por compromisso a consolidação e a divulgação das informações de acordo com suas atribuições; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, XV)

XVI - contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e produção de informações, aperfeiçoando permanentemente a confiabilidade dos dados e a capilarização das informações, na perspectiva de usá-las para alinhar estratégias de aprimoramento da gestão, disseminação das informações e planejamento em saúde; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, XVI)

XVII - desenvolver estratégias de comunicação sobre fatores de risco relacionados ao câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, XVII)

XVIII - monitorar, avaliar e auditar a cobertura, produção, desempenho e qualidade das ações e serviços de prevenção e de controle do câncer no País no âmbito do SUS; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, XVIII)

XIX - 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 874/2013, Art. 21, XIX)

XX - realizar a regulação entre os componentes da rede de atenção à saúde, com definição de fluxos de atendimento à saúde para fins de controle do acesso e da garantia de equidade, promovendo a otimização de recursos segundo a complexidade e a densidade tecnológica necessárias à atenção à pessoa com câncer, com sustentabilidade do sistema público de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, XX)

XXI - estabelecer e implantar o acolhimento e a humanização da atenção, com base em um modelo centrado no usuário e em suas necessidades de saúde, respeitando as diversidades étnico-raciais, culturais, sociais e religiosas. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, XXI)

Art. 22. Ao Ministério da Saúde compete: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 22)

I - prestar apoio institucional às Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios no processo de qualificação e de consolidação da atenção ao paciente com câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 22, I)

II - analisar as informações providas dos sistemas de informação federais vigentes que tenham relação com o câncer e utilizá-las para planejamento e programação de ações e de serviços de saúde e para tomada de decisão; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 22, II)

III - consolidar e divulgar as informações providas dos sistemas de informação federais vigentes que tenham relação com o câncer, que devem ser enviadas pelas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 22, III)

IV - definir diretrizes gerais para a organização de linhas de cuidado para os tipos de câncer mais prevalentes na população brasileira; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 22, IV)

V - elaborar protocolos e diretrizes clínicas terapêuticas de maneira a qualificar o cuidado das pessoas com câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 22, V)

VI - realizar estudos de ATS e AE, no intuito de subsidiar os gestores de saúde e tomadores de decisões no que se refere à incorporação de novas tecnologias ou novos usos de tecnologias já existentes no SUS; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 22, VI)

VII - estabelecer diretrizes e recomendações, em âmbito nacional, para a prevenção e o controle do câncer a partir de estudos de ATS e AE, levando em consideração aspectos epidemiológicos, sociais, culturais e econômicos do local que irá incorporar e implantar as diretrizes e recomendações; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 22, VII)

VIII - efetuar a habilitação dos estabelecimentos de saúde que realizam a atenção à saúde das pessoas com câncer, de acordo com critérios técnicos estabelecidos previamente de forma tripartite. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 22, VIII)

Art. 23. Às Secretarias de Saúde dos Estados compete: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23)

I - definir estratégias de articulação com as Secretarias Municipais de Saúde com vistas ao desenvolvimento de planos regionais para garantir a prevenção e o cuidado integral da pessoa com câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, I)

II - coordenar a organização e a implantação dos planos regionais e da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, II)

III - coordenar o apoio aos Municípios para organização e implantação das linhas de cuidado de tumores específicos; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, III)

IV - apoiar a regulação e o fluxo de usuários entre os pontos de atenção da rede de atenção à saúde, visando à garantia da referência e da contrarreferência regionais, de acordo com as necessidades de saúde dos usuários; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, IV)

V - analisar os dados estaduais relacionados às ações de prevenção e de controle do câncer produzidos pelos sistemas de informação vigentes e utilizá-los de forma a otimizar o planejamento das ações e a qualificar a atenção prestada às pessoas com câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, V)

VI - implantar e manter o funcionamento do sistema de RHC nas unidades habilitadas em alta complexidade em oncologia, com o compromisso do envio de suas bases de dados ao Ministério da Saúde, especificamente ao INCA/SAS/MS; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, VI)

VII - analisar os dados enviados pelas Secretarias Municipais de Saúde onde existem o (RCBP implantado, divulgar suas informações e enviá-las para o INCA/SAS/MS e para a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), responsáveis pela consolidação nacional dos dados; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, VII)

VIII - garantir e acompanhar o processo de implantação e manutenção dos RHC dos serviços de saúde habilitados como Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) ou Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON); (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, VIII)

IX - utilizar as informações produzidas pelos RHC para avaliar e organizar as ações e os serviços de saúde de alta complexidade e densidade tecnológica; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, IX)

X - manter atualizado os dados dos profissionais e de serviços de saúde que estão sob gestão estadual, públicos e privados, que prestam serviço ao SUS, no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, X)

XI - selecionar, contratar e remunerar os profissionais de saúde que compõem as equipes multidisciplinares dos estabelecimentos de saúde de natureza pública, sob sua gestão, que ofertam ações de promoção e prevenção e que prestam o cuidado às pessoas com câncer, em conformidade com a legislação vigente; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, XI)

XII - apoiar os municípios na educação permanente dos profissionais de saúde a fim de promover a qualificação profissional, desenvolvendo competências e habilidades relacionadas às ações de prevenção, controle e no cuidado às pessoas com câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, XII)

XIII - garantir a utilização dos critérios técnico-operacionais estabelecidos e divulgados pelo Ministério da Saúde para organização e funcionamento dos sistemas de informação sobre o câncer, considerando-se a necessidade de interoperabilidade dos sistemas; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, XIII)

XIV - efetuar o cadastramento dos serviços de saúde sob sua gestão no sistema de informação federal vigente para esse fim e que realizam a atenção à saúde das pessoas com câncer, de acordo com critérios técnicos estabelecidos em portarias específicas do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, XIV)

Art. 24. Às Secretarias Municipais de Saúde compete: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 24)

I - pactuar regionalmente, por intermédio do Colegiado Intergestores Regional (CIR) e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) todas as ações e os serviços necessários para a atenção integral da pessoa com câncer, com inclusão de seus termos no Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (COAP); (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 24, I)

II - planejar e programar as ações e os serviços necessários para a prevenção e o controle do câncer, assim como o cuidado das pessoas com câncer, considerando-se sua base territorial e as necessidades de saúde locais; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 24, II)

III - organizar as ações e serviços de atenção para a prevenção e o controle do câncer, assim como o cuidado das pessoas com câncer, considerando-se os serviços disponíveis no município; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 24, III)

IV - planejar e programar as ações e os serviços necessários para atender a população e operacionalizar a contratualização dos serviços, quando não existir capacidade instalada no próprio Município; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 24, IV)

V - pactuar as linhas de cuidado na região de saúde, garantindo a oferta de cuidado às pessoas com câncer nos diferentes pontos de atenção; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 24, V)

VI - pactuar a regulação e o fluxo de usuários entre os serviços da rede de atenção à saúde, visando à garantia da referência e da contrarreferência regionais de acordo com as necessidades de saúde dos usuários; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 24, VI)

VII - analisar os dados municipais relativos às ações de prevenção e às ações de serviços prestados às pessoas com câncer produzidos pelos sistemas de informação vigentes e utilizá-los de forma a otimizar o planejamento das ações locais e a qualificar a atenção das pessoas com câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 24, VII)

VIII - selecionar, contratar e remunerar os profissionais de saúde que compõem as equipes multidisciplinares dos estabelecimentos de saúde públicos sobre sua gestão que ofertam ações de promoção e de prevenção e que prestam o cuidado às pessoas com câncer, em conformidade com a legislação vigente; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 24, VIII)

IX - manter atualizado os dados dos profissionais e de serviços de saúde que estão sobre gestão municipal, públicos e privados, que prestam serviço ao SUS no SCNES; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 24, IX)

X - programar ações de qualificação para profissionais e trabalhadores de saúde para o desenvolvimento de competências e de habilidades relacionadas às ações de prevenção e de controle do câncer; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 24, X)

XI - garantir a utilização dos critérios técnico-operacionais estabelecidos e divulgados pelo Ministério da Saúde para organização e funcionamento dos sistemas de informação sobre o câncer, considerando-se a necessidade de interoperabilidade dos sistemas. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 24, XI)

Art. 25. À Secretaria de Saúde do Distrito Federal competem as atribuições reservadas às Secretarias de Saúde dos Estados e dos Municípios. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 25)

Seção II

Das Responsabilidades das Estruturas Operacionais das Redes de Atenção à Saúde (Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO III, Seção II)

Art. 26. Os pontos de atenção à saúde garantirão tecnologias adequadas e profissionais aptos e suficientes para atender à região de saúde, considerando-se que a caracterização desses pontos deve obedecer a uma definição mínima de competências e de responsabilidades, mediante articulação dos distintos componentes da rede de atenção à saúde, nos seguintes termos: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26)

I - Componente Atenção Básica: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, I)

a) realizar ações de promoção da saúde com foco nos fatores de proteção relativos ao câncer, tais como alimentação saudável e atividade física, e prevenção de fatores de risco, tais como agentes cancerígenos físicos e químicos presentes no ambiente; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, I, a)

b) desenvolver ações voltadas aos usuários de tabaco, na perspectiva de reduzir a prevalência de fumantes e os danos relacionados ao tabaco no seu território, conforme o Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer ou conforme diretrizes definidas localmente; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, I, b)

c) avaliar a vulnerabilidade e a capacidade de autocuidado das pessoas com câncer e realizar atividades educativas, conforme necessidade identificada, ampliando a autonomia dos usuários; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, I, c)

d) realizar rastreamento de acordo com os protocolos e as diretrizes federais ou de acordo com protocolos locais, baseado em evidências científicas e na realidade local/regional; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, I, d)

e) implementar ações de diagnóstico precoce, por meio da identificação de sinais e de sintomas suspeitos dos tipos de cânceres passíveis desta ação e o seguimento das pessoas com resultados alterados, de acordo com as diretrizes técnicas vigentes, respeitando-se o que compete a este nível de atenção; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, I, e)

f) encaminhar oportunamente a pessoa com suspeita de câncer para confirmação diagnóstica; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, I, f)

g) coordenar e manter o cuidado dos usuários com câncer, quando referenciados para outros pontos da rede de atenção à saúde; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, I, g)

h) registrar as informações referentes às ações de controle de câncer nos sistemas de informação vigentes, quando couber; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, I, h)

i) realizar atendimento domiciliar e participar no cuidado paliativo às pessoas com câncer, de forma integrada com as equipes de atenção domiciliar e com as UNACON e os CACON, articulada com hospitais locais e com demais pontos de atenção, conforme proposta definida para a região de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, I, i)

j) desenvolver ações de saúde do trabalhador por meio da capacitação das equipes para registro do histórico ocupacional, tanto a ocupação atual quanto as anteriores, contendo atividades exercidas e a exposição a agentes cancerígenos inerentes ao processo de trabalho, otimizando as ações de vigilância do câncer relacionado ao trabalho. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, I, j)

II - Componente Atenção Domiciliar: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, II)

a) realizar o cuidado paliativo de acordo com as linhas de cuidado locais, compartilhando e apoiando o cuidado com as equipes de atenção básica e articulando com os pontos de atenção especializados de cuidado da pessoa com câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, II, a)

b) atuar com competência cultural, para reconhecimento adequado de valores e funcionamento das famílias atendidas, aliada à humildade cultural, para a ênfase ao respeito dessas mesmas características observadas, em espaço e em tempo tão íntimos que é o evento morte no domicílio; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, II, b)

c) comunicar-se de forma clara, possibilitando ao paciente e à família a possibilidade de receber todas as informações necessárias e expressar todos os sentimentos; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, II, c)

d) atingir o maior nível de controle dos sintomas, com ênfase no controle da dor; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, II, d)

e) preparar paciente e familiares para a morte dentro dos limites de cada um, e proporcionar o máximo alívio do sofrimento; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, II, e)

f) instrumentalizar cuidadores e familiares para o cuidado paliativo domiciliar; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, II, f)

g) proporcionar qualidade de vida e dignidade para paciente e familiares, com todo o suporte e segurança possível. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, II, g)

III - Componente Atenção Especializada: composto por ambulatórios de especialidades, hospitais gerais e hospitais especializados habilitados para a assistência oncológica que devem apoiar e complementar os serviços da atenção básica na investigação diagnóstica, no tratamento do câncer e na atenção às urgências relacionadas às intercorrências e à agudização da doença, garantindo-se, dessa forma, a integralidade do cuidado no âmbito da rede de atenção à saúde, sendo constituído por: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III)

a) Atenção Ambulatorial: composto por conjunto de serviços que caracterizam o segundo nível de atenção, qual seja de média complexidade, e que realizam o atendimento especializado, exames para diagnóstico do câncer, apoio terapêutico e o tratamento de lesões precursoras, com as seguintes responsabilidades: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, a)

1. realizar assistência diagnóstica e terapêutica; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, a, 1)

2. realizar, sempre que necessário, a contrarreferência dos usuários para a unidade básica de saúde; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, a, 2)

3. oferecer apoio técnico às equipes de Atenção Básica e de Atenção Domiciliar com o objetivo de ampliar a resolutividade destes; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, a, 3)

4. estabelecer e assegurar o encaminhamento dos usuários, quando indicado, com suspeição ou confirmação diagnóstica de câncer para as UNACON e os CACON. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, a, 4)

b) Atenção Hospitalar: composto pelos hospitais habilitados como UNACON e CACON e pelos Hospitais Gerais com Cirurgia Oncológica, onde são oferecidos os tratamentos especializados de alta complexidade e densidade tecnológica para as pessoas com câncer, os quais devem ser estruturados considerando-se os dados epidemiológicos, as lógicas de escala, de escopo e de acesso, respeitando-se a conformação das redes regionalizadas de atenção à saúde, sendo que: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b)

1. Os hospitais habilitados como UNACON são estruturas hospitalares que realizam o diagnóstico definitivo e o tratamento dos cânceres mais prevalentes da região de saúde onde está inserido, enquanto as estruturas hospitalares habilitadas como CACON realizam o diagnóstico definitivo e o tratamento de todos os tipos de câncer, mas não obrigatoriamente dos cânceres raros e infantis, cujas responsabilidades são: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 1)

2. 1. determinar o diagnóstico definitivo, a extensão da neoplasia (estadiamento) e assegurar a continuidade do atendimento de acordo com as rotinas e as condutas estabelecidas, sempre com base nos protocolos clínicos e nas diretrizes terapêuticas estabelecidos pelo Ministério da Saúde, quando publicados; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 1)

3. 2. oferecer serviços de cirurgia, radioterapia, quimioterapia, incluindo-se a hormonioterapia, e cuidados paliativos, em nível ambulatorial e de internação, a depender do serviço e da necessidade identificada em cada caso; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 1)

4. 3. registrar as informações de pacientes atendidos com diagnóstico confirmado de câncer nos sistemas de informação vigentes; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 1)

5. 4. realizar ações de pronto-atendimento em oncologia; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 1)

6. 5. ofertar e orientar tecnicamente os cuidados paliativos com assistência ambulatorial, internação e assistência domiciliar, incluindo o controle da dor e o fornecimento de opiáceos, pelo próprio hospital ou articulados e organizados na rede de atenção à saúde a que se integra; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 1)

7. 6. ao CACON, oferecer, obrigatoriamente, tratamento de cirurgia, radioterapia e quimioterapia dentro de sua estrutura hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 1)

8. 7. À UNACON, oferecer minimamente os tratamentos de cirurgia e quimioterapia, porém, neste caso, a unidade hospitalar deve, obrigatoriamente, ter o tratamento de radioterapia referenciado e contratualizado formalmente; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 1)

9. 8. na hipótese das UNACON e dos CACON não oferecerem dentro de sua estrutura hospitalar atendimento de hematologia, oncologia pediátrica, transplante de medula óssea e cuidados paliativos, estes serviços devem ser formalmente referenciados e contratualizados. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 1)

10. os Hospitais Gerais com Cirurgia Oncológica procedem ao tratamento cirúrgico do câncer de forma integrada à rede de atenção à saúde e realizam o encaminhamento, de forma regulada, dos casos operados que necessitam de complementação terapêutica, clínica especializada (radioterapia, iodoterapia ou quimioterapia), devendo, para isso, ter como base os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, quando publicados, sendo que sua estruturação deve considerar dados epidemiológicos (população sob sua responsabilidade, estimativa de incidência e envelhecimento populacional), as lógicas de escala, de escopo e de acesso, respeitando a conformação das redes regionalizadas de atenção à saúde, cujas responsabilidades são: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 2)

11. 1. determinar o diagnóstico definitivo, a extensão da neoplasia (estadiamento) e assegurar a continuidade do atendimento de acordo com as rotinas e as condutas estabelecidas, sempre com base nos protocolos clínicos e nas diretrizes terapêuticas estabelecidos pelo Ministério da Saúde, quando publicados; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 2)

12. 2. oferecer o tratamento cirúrgico do câncer de forma integrada à rede de atenção à saúde e desenvolver ações de cuidado às pessoas com câncer, em especial, na atenção às intercorrências ou agudização da doença; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 2)

13. 3.encaminhar, de forma regulada, os casos que necessitam de complementação terapêutica clínica especializada (radioterapia, iodoterapia ou quimioterapia), devendo, para isso, ter como base os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, quando publicados; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 2)

14. 4.realizar ações de pronto-atendimento em oncologia; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 2)

15. 5.registrar as informações de pacientes atendidos com diagnóstico confirmado de câncer nos sistemas de informação vigentes. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 2)

c) Rede de Urgência e Emergência: responsável por prestar cuidado às pessoas com câncer nas suas agudizações e, sempre que necessário, encaminhá-los para a UNACON ou o CACON responsável por seu cuidado, ou ainda, para o hospital geral de referência, sendo que os usuários que buscarem um serviço de urgência e emergência e, no momento do

atendimento, forem diagnosticados com suspeita de câncer devem ter assegurados encaminhamento e, se necessário, transferência para uma UNACON ou um CACON, ou um hospital geral de referência. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, c)

IV - Componentes dos Sistemas de Apoio: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, IV)

a) realizar exames complementares relativos ao rastreamento, ao diagnóstico e ao tratamento do câncer, de acordo com plano regional de organização da linha de cuidado; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, IV, a)

b) registrar e inserir os dados pertinentes nos sistemas de informação vigentes; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, IV, b)

c) participar dos programas de garantia de qualidade dos exames de diagnóstico implantados; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, IV, c)

d) prestar assistência farmacêutica necessária ao tratamento do câncer, de acordo com plano regional de organização das linhas de cuidado dos diversos tipos de câncer e com as regras de incorporação de tecnologias no SUS nos termos da Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, IV, d)

V - Componente Regulação: responsável pela organização do acesso às ações e aos serviços especializados referentes ao cuidado das pessoas com câncer, com atuação de forma integrada, com garantia da transparência e da equidade no acesso, independente da natureza jurídica dos estabelecimentos de saúde; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, V)

VI - Componentes dos Sistemas Logísticos: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, VI)

a) realizar o transporte sanitário eletivo para os usuários com câncer, quando necessário; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, VI, a)

b) viabilizar e implementar a estrutura necessária para a informatização dos pontos de atenção à saúde por meio de recursos humanos, equipamentos, acesso à internet, entre outras medidas; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, VI, b)

c) prever centrais de regulação para o diagnóstico e tratamento do câncer. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, VI, c)

VII - Componente Governança: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, VII)

a) pactuar os planos de ação regionais e locais para a prevenção e o controle do câncer, de acordo com o COAP, cabendo às Comissões Intergestores pactuarem as responsabilidades dos entes federativos; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, VII, a)

b) instituir mecanismo de regulação do acesso para qualificar a demanda e a assistência prestada, otimizando a organização da oferta e promovendo a equidade no acesso às ações e aos serviços para a prevenção do câncer e o cuidado ao paciente com câncer. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, VII, b)

CAPÍTULO IV DA AVALIAÇÃO E DO MONITORAMENTO (Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO IV)

Seção I Das Disposições Gerais

Art. 27. Os parâmetros, as metas e os indicadores para avaliação e monitoramento da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer deverão estar contidos nos instrumentos de gestão definidos pelo sistema de planejamento do SUS: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 27)

I - Planos de Saúde: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 27, I)

II - Programações Anuais de Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 27, II)

III - Relatórios Anuais de Gestão. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 27, III)

§ 1º O planejamento estratégico deverá contemplar ações, metas e indicadores de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos em relação ao câncer. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 27, § 1º)

§ 2º As necessidades de saúde dos usuários deverão ser incorporadas no processo geral do planejamento das ações de saúde, mediante a utilização dos instrumentos de pactuação do SUS, o qual é um processo dinâmico, contínuo e sistemático de pactuação de prioridades e estratégias de saúde nos âmbitos municipal, regional, estadual e federal, considerando os diversos sujeitos envolvidos neste processo. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 27, § 2º)

CAPÍTULO V

DA REDE COLABORATIVA PARA QUALIFICAR O DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DAS LESÕES PRECURSORAS DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

Art. 28. Fica instituído o Comitê de Mobilização Social para o fortalecimento das ações de prevenção e qualificação do diagnóstico e tratamento dos cânceres do colo do útero e de mama. (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º)

§ 1º São atribuições deste Comitê: (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 1º)

I - ampliar a discussão relacionada à prevenção e qualificação do diagnóstico e tratamento dos cânceres do colo do útero e da mama, difundindo informações e envolvendo a sociedade civil; (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 1º, I)

II - contribuir para a mobilização social, com o objetivo de facilitar e promover o fortalecimento das ações de prevenção e qualificação do diagnóstico e tratamento dos cânceres do colo do útero e de mama; e (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 1º, II)

III - contribuir para o fortalecimento do controle social destas ações. (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 1º, III)

§ 2º O Comitê de Mobilização Social será composto por representantes das seguintes Instâncias: (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º)

I - Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama (FEMAMA); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, I)

II - Associação Brasileira de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais (ABGLT); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, II)

III - Instituto Mulheres pela Assistência Integral à Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (IMAIS); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, III)

IV - Confederação das Mulheres do Brasil (CMB); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, IV)

V - Articulação das Mulheres Brasileiras (AMB); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, V)

VI - Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras (AMNB); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, VI)

VII - Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, VII)

VIII - Rede Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, VIII)

IX - ONU Mulher; (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, IX)

X - Artistas e Intelectuais; (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, X)

XI - Secretaria de Políticas da Mulher (SPM); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, XI)

XII - Comissão de Saúde do Congresso Nacional; (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, XII)

XIII - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, XIII)

XIV - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, XIV)

XV - Conselho Nacional de Saúde (CNS); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, XV-A)

XVI - Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação e Saúde (ANEPS); e (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, XVI)

XVII - Rede de Educação Popular e Saúde (REDPOP). (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, XV-A)

§ 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 1472/2011, Art. 1º, § 3º)

§ 4º O Comitê de Mobilização Social se reunirá semestralmente, ou em caráter extraordinário quando solicitado. (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 4º)

Art. 29. Fica instituído o Comitê de Especialistas para o fortalecimento das ações de prevenção e qualificação do diagnóstico e tratamento dos cânceres do colo do útero e de mama. (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º)

§ 1º São atribuições deste Comitê: (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 1º)

I - contribuir com base em evidências científicas aplicadas à saúde pública para respaldar e aperfeiçoar as diretrizes de ação formuladas. (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 1º, I)

§ 2º O Comitê de Especialistas será composto por representantes da academia com atuação nas áreas afins e profissionais de notório saber no tema específico, compromissados com o desenvolvimento das políticas públicas de saúde e vinculados às entidades a seguir relacionadas: (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º)

I - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, I)

II - Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, II)

III - Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, III)

IV - Associação Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia (ABPTGIC); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, IV)

V - Sociedade Brasileira de Cancerologia (SBC/AMB); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, V)

VI - Sociedade Brasileira de Citologia Clínica (SBCC); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, VI)

VII - Sociedade Brasileira de Citopatologia (SBCEP/AMB); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, VII)

VIII - Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM/AMB); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, VIII)

IX - Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC/AMB); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, IX)

X - Sociedade Brasileira de Patologia (SBP/AMB); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, X)

XI - Instituto de Câncer de São Paulo (ICESP - SES/SP); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XI)

XII - Instituto Fernandes Figueira (FIOCRUZ/MS); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XII)

XIII - Instituto Nacional de Câncer (INCA/MS); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XIII)

XIV - Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia do HPV (INCT/HPV); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XIV)

XV - Hospitais do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional (PROADI); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XV)

XVI - Hospital Pérola Byington / Centro de Referência da Mulher (SES/SP); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XVI)

XVII - Universidade de Brasília (UNB); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XVII)

XVIII - Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XVIII)

XIX - Universidade Federal de Goiás (UFG); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XIX)

XX - Universidade Federal de São Paulo (USP); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XX)

XXI - Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XXI)

XXII - Universidade do Estado de São Paulo (UESP); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XXII)

XXIII - Fundação Oncocentro de São Paulo (SES/SP); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XXIII)

XXIV - Centro Estadual de Oncologia (CICAN/SESAB); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XXIV)

XXV - Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XXV)

XXVI - Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XXVI)

XXVII - Hospital Amaral Carvalho (Jaú - SP); e (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XXVII)

XXVIII - Hospital de Câncer de Barretos. (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XXVIII)

XXIX - Conselho Consultivo do Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva (CONSINCA); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, XVII) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 135/2013)

XXX - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, XVIII) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 135/2013)

XXXI - Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN); e (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, XIX) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 135/2013)

XXXII - Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, XX) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 135/2013)

§ 3º O Comitê de Especialistas será vinculado e coordenado pela Secretaria de Atenção à Saúde e deverá reunir-se pelo menos duas vezes ao ano, ou em caráter extraordinário quando solicitado, conforme o tema em pauta. (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 3º)

§ 4º Outros especialistas ad hoc poderão ser convidados, quando julgado necessário e conforme o tema em pauta. (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 4º)

Art. 30. Fica instituída a Rede Colaborativa para a Qualificação do Diagnóstico e Tratamento das lesões precursoras do Câncer do Colo do Útero com a responsabilidade de articular e promover a implantação de Centros Qualificadores de Ginecologistas para diagnóstico e tratamento das lesões precursoras do câncer do colo de útero, bem como definir critérios de produção e qualificação para a certificação de serviços de confirmação diagnóstica e de tratamento dessas lesões, entre outras atividades que objetivem aperfeiçoar a linha de cuidado para a prevenção e tratamento do câncer do colo do útero no SUS. (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 3º)

Parágrafo Único. A Rede Colaborativa será coordenada por comissão composta de representantes dos seguintes órgãos: (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 3º, Parágrafo Único)

I - Secretaria de Atenção a Saúde (SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 3º, Parágrafo Único, I)

II - Instituto Nacional de Câncer (INCA/MS); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 3º, Parágrafo Único, II)

III - Instituto Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ/MS); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 3º, Parágrafo Único, III)

IV - Associação Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia (ABPTGIC); e (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 3º, Parágrafo Único, IV)

V - Instituto de Ginecologia da UFRJ. (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 3º, Parágrafo Único, V)

Art. 31. A Secretaria de Atenção a Saúde tomará as devidas providências para a operacionalização do estabelecida neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 4º)

CAPÍTULO VI

DO COMITÊ TÉCNICO ASSESSOR PARA ACOMPANHAMENTO DA POLÍTICA DE PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DOS CÂNCERES DE COLO DE ÚTERO E DE MAMA

Art. 32. Fica instituído o Comitê Técnico Assessor para acompanhamento da política de prevenção, diagnóstico e tratamento dos cânceres de colo de útero e de mama. (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 1º)

Art. 33. O referido Comitê terá como atribuição assessorar o Ministério da Saúde na elaboração de políticas, incorporação de novas tecnologias e definição de protocolos. (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 2º)

Art. 34. O Comitê, coordenado pela Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, terá a seguinte composição: (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º)

I - Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, I)

a) Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, I, a)

1. Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET/SAS/MS); e (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, I, a, 1)

2. Instituto Nacional de Câncer (INCA). (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, I, a, 2)

b) Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES); (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, I, b)

c) Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS); (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, I, c)

- d)** Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE). (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, I, d)
- II** - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, II)
- III** - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, III)
- IV** - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, IV)
- V** - Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM); (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, V)
- VI** - Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR); (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, VI)
- VII** - Sociedade Brasileira de Patologia (SBP); (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, VII)
- VIII** - Sociedade Brasileira de Citopatologia (SBC); (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, VIII)
- IX** - Sociedade Brasileira de Cancerologia; e (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, IX)
- X** - Instituições e especialistas na área de oncologia e saúde da mulher convidados pela coordenação. (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, X)

CAPÍTULO VII

DO PRIMEIRO TRATAMENTO DO PACIENTE COM NEOPLASIA MALIGNA COMPROVADA, NO ÂMBITO DO SUS

Art. 35. Este Capítulo dispõe sobre a aplicação da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que versa a respeito do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), na forma do art. 49. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 1º)

Art. 36. Considerar-se-á efetivamente iniciado o primeiro tratamento da neoplasia maligna comprovada com: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 2º)

I - a realização de terapia cirúrgica; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 2º, I)

II - o início de radioterapia; ou (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 2º, II)

III - o início de quimioterapia. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 2º, III)

Parágrafo Único. Os pacientes sem indicação das terapêuticas antitumorais descritas nos incisos I a III do "caput" terão acesso a cuidados paliativos, incluindo-se entre estes o controle da dor crônica, conforme protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 37. O paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 3º) (com redação dada pela PRT MS/GM 1220/2014)

§ 1º O prazo previsto no "caput" poderá ser reduzido por profissional médico responsável, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Não se aplica o prazo previsto no "caput" aos seguintes casos de neoplasia maligna: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 3º, § 2º)

I - câncer não melanótico de pele dos tipos basocelular e espinocelular; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 3º, § 2º, I)

II - câncer de tireoide sem fatores clínicos pré-operatórios prognósticos de alto risco; e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 3º, § 2º, II)

III - casos sem indicação de tratamento descritos no art. 36. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 3º, § 2º, III)

§ 3º Os casos de neoplasia maligna especificados no art. 37, § 2º observarão protocolos clínicos, diretrizes terapêuticas e notas técnicas justificativas publicadas pelo Ministério da Saúde e disponibilizadas por meio dos endereços eletrônicos <http://www.saude.gov.br> e <http://www.inca.gov.br>. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 3º, § 3º)

Art. 38. Para efetivação do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, observar-se-á o seguinte fluxo: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 4º)

I - atendimento do paciente no SUS; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 4º, I)

II - registro do resultado do laudo patológico no prontuário do paciente no serviço do SUS; e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 4º, II)

III - encaminhamento para unidade de referência para tratamento oncológico, incluindo-se a realização do plano terapêutico estabelecido entre a pessoa com câncer, o médico responsável e a equipe de saúde. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 4º, III)

Art. 39. Cabe aos serviços de saúde dos diferentes níveis de atenção observar o fluxo disposto no art. 38 e prestar assistência adequada e oportuna aos usuários com diagnóstico comprovado de neoplasia maligna de acordo com as responsabilidades descritas na Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 5º)

Art. 40. O médico e/ou equipe de saúde registrará no Sistema de Informação do Câncer (SISCAN), além de outros dados, as seguintes datas: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 6º)

I - em que foi firmado o diagnóstico de neoplasia maligna em laudo patológico; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 6º, I)

II - de registro do exame no prontuário do paciente; e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 6º, II)

III - do primeiro tratamento conforme o art. 37. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 6º, III)

Parágrafo Único. A data de que trata o inciso III do "caput" será registrada pelo serviço de saúde para o qual o paciente foi referenciado, após a efetiva realização do primeiro tratamento contra a neoplasia maligna comprovada. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 6º, Parágrafo Único)

Art. 41. Compete aos Estados, Distrito Federal e Municípios organizar a assistência oncológica e definir fluxos de referência para atendimento dos usuários comprovadamente diagnosticados com neoplasia maligna para o cumprimento do disposto neste Capítulo e em consonância com a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 7º)

Parágrafo Único. No caso de encaminhamento do usuário para serviços de saúde situados em outro ente federado ou região de saúde, o fluxo de referência de que trata o "caput" será pactuado previamente na respectiva Comissão Intergestores e divulgado para todos os serviços de saúde. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 7º, Parágrafo Único)

Art. 42. Compete ao Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º)

I - prestar apoio e cooperar tecnicamente com os gestores dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios para organização dos serviços de saúde a fim de cumprir o disposto neste Capítulo; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, I)

II - garantir o financiamento para o tratamento do câncer, nos moldes das pactuações vigentes, de acordo com as suas responsabilidades; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, II)

III - elaborar protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas relacionadas ao tratamento de neoplasias malignas; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, III)

IV - definir diretrizes para a organização das linhas de cuidado na prevenção e controle do câncer; e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, IV)

V - monitorar o cumprimento do prazo de 60 (sessenta) dias de que trata o art. 2º da Lei nº 12.732, de 2012, e tomar as providências cabíveis, quando necessário, de acordo com as suas responsabilidades. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, V)

§ 1º Fica criada Comissão de Monitoramento e Avaliação do cumprimento da Lei nº 12.732, de 2012, de caráter permanente, composta por representantes, um titular e um suplente, dos seguintes órgãos e entidades: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 1º)

I - da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS): (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 1º, I)

a) do Departamento de Articulação de Redes (DARAS/SAS/MS), que a coordenará; e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 1º, I, a)

b) do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 1º, I, b)

II - da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS): (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 1º, II)

a) do Departamento de Articulação Interfederativa (DAI/SGEP/MS); e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 1º, II, a)

b) do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS/SGEP/MS). (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 1º, II, b)

III - da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS); e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 1º, III)

IV - da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 1º, IV)

§ 2º Os representantes titulares e os respectivos suplentes serão indicados pelos dirigentes máximos dos respectivos órgãos e entidades à coordenação da Comissão. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 2º)

§ 3º A Comissão de Monitoramento e Avaliação poderá convocar servidores das unidades do Ministério da Saúde e da ANVISA para o cumprimento de suas finalidades institucionais. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 3º)

§ 4º Compete à Comissão de Monitoramento e Avaliação: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 4º)

I - garantir o cumprimento do disposto nos incisos I a V do "caput"; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 4º, I)

II - acompanhar o processo de implantação do SISCAN em território nacional; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 4º, II)

III - acompanhar a elaboração e a execução dos planos regionais dos Estados; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 4º, III)

IV - constituir forças-tarefas específicas, quando necessário, para execução de atividades relacionadas ao cumprimento das competências previstas neste parágrafo; e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 4º, IV)

V - realizar outras medidas necessárias para a implementação do disposto neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 4º, V)

Art. 43. Compete às Secretarias Estaduais de Saúde: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 9º)

I - definir estratégias de articulação com as direções municipais do SUS com vistas à elaboração de planos regionais; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 9º, I)

II - realizar o diagnóstico da capacidade instalada com vistas a identificar os espaços territoriais sem serviços de saúde especializados em oncologia; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 9º, II)

III - planejar e programar as ações e os serviços necessários para atender a população, operacionalizar a contratualização dos mesmos, quando estiver no seu âmbito de gestão, e pactuar na respectiva Comissão Intergestores; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 9º, III)

IV - pactuar regionalmente, por meio da Comissão Intergestores Regional (CIR), da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), todas as ações e os serviços necessários para a prevenção e controle do câncer; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 9º, IV)

V - promover o apoio necessário à organização da prevenção e controle do câncer nos Municípios; e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 9º, V)

VI - garantir e monitorar o cumprimento do prazo de 60 (sessenta) dias de que trata o art. 2º da Lei nº 12.732, de 2012, e tomar as providências cabíveis, quando necessário, de acordo com suas responsabilidades. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 9º, VI)

Art. 44. Compete às Secretarias Municipais de Saúde: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 10)

I - planejar e programar as ações e os serviços necessários para atender a população, operacionalizar a contratualização dos mesmos e pactuar na respectiva Comissão Intergestores quando não existir capacidade instalada no próprio Município; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 10, I)

II - pactuar regionalmente, por meio da Comissão Intergestores Regional (CIR), da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), todas as ações e os serviços necessários para a prevenção e controle do câncer; e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 10, II)

III - garantir e monitorar o cumprimento do prazo de 60 (sessenta) dias de que trata o art. 2º da Lei nº 12.732, de 2012, e tomar as providências cabíveis, quando necessário, de acordo com suas responsabilidades. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 10, III)

Art. 45. Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 11)

Art. 46. Compete aos laboratórios públicos e conveniados ao SUS que realizam exame citopatológico ou histopatológico disponibilizar o laudo para: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 12)

I - o usuário ou seu representante legal; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 12, I)

II - o médico responsável pela solicitação; e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 12, II)

III - a unidade de saúde solicitante. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 12, III)

Art. 47. A solicitação de exame citopatológico ou histopatológico conterà, obrigatoriamente, as informações descritas no modelo de prontuário disponível no seguinte endereço eletrônico: www.saude.gov.br/sas, observado o disposto no art. 49. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 13)

Parágrafo Único. As informações exigidas nos termos deste artigo não substituem as informações obrigatórias dos formulários já padronizados no âmbito do SUS de solicitação de exame citopatológico ou histopatológico em caso de suspeita de neoplasia maligna do colo do útero ou de mama. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 13, Parágrafo Único)

Art. 48. Os Estados que possuem grandes espaços territoriais sem serviços especializados em oncologia elaborarão planos regionais mediante pactuação prévia no âmbito das respectivas Comissões Intergestores Bipartites e, se houver, Comissões Intergestores Regionais para superar essa situação, com posterior envio à Comissão Intergestores

Tripartite para conhecimento, a fim de garantir a assistência integral à pessoa com câncer. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 14)

Parágrafo Único. Os Estados e os Municípios não estão eximidos de cumprir o prazo de 60 (sessenta) dias estabelecido no art. 2º da Lei nº 12.732, de 2012, durante o tempo em que os planos regionais não estiverem efetivamente implantados e deverão, portanto, garantir o tratamento adequado e oportuno por meio de serviços de referência. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 14, Parágrafo Único)

Art. 49. A solicitação de exame citopatológico ou histopatológico conterá, obrigatoriamente, as seguintes informações: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º)

I - da unidade de saúde requisitante: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, I)

a) nome; e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, I, a)

b) código do Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES). (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, I, b)

II - do paciente: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, II)

a) nome completo; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, II, a)

b) data de nascimento; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, II, b)

c) nome completo da mãe; e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, II, c)

d) número do cartão SUS. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, II, d)

III - dados do caso: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, III)

a) tipo de exame solicitado; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, III, a)

b) localização da lesão; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, III, b)

c) acometimento de linfonodos; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, III, c)

d) procedência do material enviado; e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, III, d)

e) tipo de tratamento anterior, se realizado. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, III, e)

IV - do médico requisitante: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, IV)

a) nome completo; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, IV, a)

b) número de inscrição no Conselho Regional de Medicina (CRM); e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, IV, b)

c) data da requisição do exame. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, IV, c)

CAPÍTULO VIII
DO FINANCIAMENTO
(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO V)

Art. 50. Além dos recursos dos fundos nacionais, estaduais e municipais de saúde, fica facultado aos gestores de saúde utilizar outras fontes de financiamento, como: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 28)

I - ressarcimento ao SUS, pelos planos de saúde privados, dos valores gastos nos serviços prestados aos seus segurados, em decorrência de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos em relação ao câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 28, I)

II - repasse de recursos advindos de contribuições para a seguridade social; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 28, II)

III - criação de fundos especiais; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 28, III)

IV - parcerias com organismos nacionais e internacionais para financiamento de projetos especiais, de desenvolvimento de tecnologias, máquinas e equipamentos com maior proteção à saúde dos usuários do SUS. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 28, IV)

Parágrafo Único. Além das fontes de financiamento previstas neste artigo, poderão ser pactuados, nas instâncias intergestores, incentivos específicos para as ações de promoção, prevenção e recuperação dos usuários em relação ao câncer. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 28, Parágrafo Único)

CAPÍTULO IX

DISPOSIÇÕES FINAIS

(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO VI)

Art. 51. As instâncias gestoras do SUS, Comissão Intergestores Tripartite (CIT), CIB e CIR pactuarão as responsabilidades dos entes federativos nas suas respectivas linhas de cuidado que compõem a Política Nacional para o Controle do Câncer, de acordo com as características demográficas e epidemiológicas e o desenvolvimento econômico-financeiro das regiões de saúde. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 29)

Parágrafo Único. A organização dos critérios das linhas de cuidado priorizadas e de seus componentes será objeto de normas específicas pactuadas na CIT e posteriormente publicadas pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 29, Parágrafo Único)

Art. 52. Compete ao Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), isoladamente ou em conjunto com outras Secretarias, e do INCA/SAS/MS, a estruturação e implementação da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 30)

ANEXO X

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) (Origem: PRT MS/GM 1130/2015)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 1º)

TÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 2º A PNAISC tem por objetivo promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos 9 (nove) anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 2º)

Art. 3º Para fins da PNAISC, considera-se: (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 3º)

I - criança: pessoa na faixa etária de 0 (zero) a 9 (nove) anos, ou seja, de 0 (zero) até completar 10 (dez) anos ou 120 (cento e vinte) meses; e (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 3º, I)

II - primeira infância: pessoa na faixa etária de 0 (zero) a 5 (cinco) anos, ou seja, de 0 (zero) até completar 6 (seis) meses ou 72 (setenta e dois) meses. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 3º, II)

Parágrafo Único. Para fins de atendimento em serviços de pediatria no SUS, a PNAISC contemplará crianças e adolescentes até a idade de 15 (quinze) anos, ou seja, de 0 (zero) até completar 16 (dezesesseis) anos ou 192 (cento e

noventa e dois) meses, sendo este limite etário passível de alteração de acordo com as normas e rotinas do estabelecimento de saúde responsável pelo atendimento. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 4º A PNAISC é orientada pelos seguintes princípios: (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 4º)

I - direito à vida e à saúde; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 4º, I)

II - prioridade absoluta da criança; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 4º, II)

III - acesso universal à saúde; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 4º, III)

IV - integralidade do cuidado; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 4º, IV)

V - equidade em saúde; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 4º, V)

VI - ambiente facilitador à vida; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 4º, VI)

VII - humanização da atenção; e (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 4º, VII)

VIII - gestão participativa e controle social. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 4º, VIII)

Art. 5º A PNAISC possui as seguintes diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde voltadas para crianças: (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 5º)

I - gestão interfederativa das ações de saúde da criança; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 5º, I)

II - organização das ações e serviços na rede de atenção; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 5º, II)

III - promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 5º, III)

IV - fomento à autonomia do cuidado e da corresponsabilidade da família; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 5º, IV)

V - qualificação da força de trabalho do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 5º, V)

VI - planejamento e desenvolvimento de ações; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 5º, VI)

VII - incentivo à pesquisa e à produção de conhecimento; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 5º, VII)

VIII - monitoramento e avaliação; e (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 5º, VIII)

IX - intersetorialidade. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 5º, IX)

Art. 6º A PNAISC se estrutura em 7 (sete) eixos estratégicos, com a finalidade de orientar e qualificar as ações e serviços de saúde da criança no território nacional, considerando os determinantes sociais e condicionantes para garantir o direito à vida e à saúde, visando à efetivação de medidas que permitam o nascimento e o pleno desenvolvimento na infância, de forma saudável e harmoniosa, bem como a redução das vulnerabilidades e riscos para o adoecimento e outros agravos, a prevenção das doenças crônicas na vida adulta e da morte prematura de crianças, a seguir relacionados: (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 6º)

I - atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido: consiste na melhoria do acesso, cobertura, qualidade e humanização da atenção obstétrica e neonatal, integrando as ações do pré-natal e acompanhamento da criança na atenção básica com aquelas desenvolvidas nas maternidades, conformando-se uma rede articulada de atenção; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 6º, I)

II - aleitamento materno e alimentação complementar saudável: estratégia ancorada na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, iniciando na gestação, considerando-se as vantagens da amamentação para a criança, a mãe, a família e a sociedade, bem como a importância de estabelecimento de hábitos alimentares saudáveis; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 6º, II)

III - promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral: consiste na vigilância e estímulo do pleno crescimento e desenvolvimento da criança, em especial do "Desenvolvimento na Primeira Infância (DPI)", pela atenção básica à saúde, conforme as orientações da "Caderneta de Saúde da Criança", incluindo ações de apoio às famílias para o fortalecimento de vínculos familiares; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 6º, III)

IV - atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas: consiste em estratégia para o diagnóstico precoce e a qualificação do manejo de doenças prevalentes na infância e ações de prevenção de doenças crônicas e de cuidado dos casos diagnosticados, com o fomento da atenção e internação domiciliar sempre que possível; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 6º, IV)

V - atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz: consiste em articular um conjunto de ações e estratégias da rede de saúde para a prevenção de violências, acidentes e promoção da cultura de paz, além de organizar metodologias de apoio aos serviços especializados e processos formativos para a qualificação da atenção à criança em situação de violência de natureza sexual, física e psicológica, negligência e/ou abandono, visando à implementação de linhas de cuidado na Rede de Atenção à Saúde e na rede de proteção social no território; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 6º, V)

VI - atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade: consiste na articulação de um conjunto de estratégias intrasetoriais e intersetoriais, para inclusão dessas crianças nas redes temáticas de atenção à saúde, mediante a identificação de situação de vulnerabilidade e risco de agravos e adoecimento, reconhecendo as especificidades deste público para uma atenção resolutiva; e (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 6º, VI)

VII - vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno: consiste na contribuição para o monitoramento e investigação da mortalidade infantil e fetal e possibilita a avaliação das medidas necessárias para a prevenção de óbitos evitáveis. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 6º, VII)

Art. 7º São ações estratégicas do eixo de atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido: (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 7º)

I - a prevenção da transmissão vertical do HIV e da sífilis; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 7º, I)

II - a atenção humanizada e qualificada ao parto e ao recém-nascido no momento do nascimento, com capacitação dos profissionais de enfermagem e médicos para prevenção da asfixia neonatal e das parteiras tradicionais; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 7º, II)

III - a atenção humanizada ao recém-nascido prematuro e de baixo peso, com a utilização do "Método Canguru", conforme Anexo 1; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 7º, III)

IV - a qualificação da atenção neonatal na rede de saúde materna, neonatal e infantil, com especial atenção aos recém-nascidos graves ou potencialmente graves, internados em Unidade Neonatal, com cuidado progressivo entre a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), a Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) e a Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa); (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 7º, IV)

V - a alta qualificada do recém-nascido da maternidade, com vinculação da dupla mãe-bebê à Atenção Básica, de forma precoce, para continuidade do cuidado, a exemplo da estratégia do "5º Dia de Saúde Integral", que se traduz em um conjunto de ações de saúde essenciais a serem ofertadas para a mãe e bebê pela Atenção Básica à Saúde no primeiro contato após a alta da maternidade; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 7º, V)

VI - o seguimento do recém-nascido de risco, após a alta da maternidade, de forma compartilhada entre a Atenção Especializada e a Atenção Básica; e (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 7º, VI)

VII - as triagens neonatais universais. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 7º, VII)

Art. 8º São ações estratégicas do eixo de aleitamento materno e alimentação complementar saudável: (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 8º)

I - a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC); (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 8º, I)

II - a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB); (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 8º, II)

III - a Mulher Trabalhadora que Amamenta (MTA); (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 8º, III)

IV - a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 8º, IV)

V - a implementação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes, para Crianças de Primeira Infância, Bicos Chupetas e Mamadeiras (NBCAL); e (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 8º, V)

VI - a mobilização social em aleitamento materno. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 8º, VI)

Parágrafo Único. Os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) estão indicados no Anexo 2. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 1º)

Art. 9º São ações estratégicas do eixo de promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral: (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 9º)

I - a disponibilização da "Caderneta de Saúde da Criança", com atualização periódica de seu conteúdo, conforme Anexo 3; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 9º, I)

II - a qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da primeira infância pela Atenção Básica à Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 9º, II)

III - o Comitê de Especialistas e de Mobilização Social para o Desenvolvimento Integral da Primeira Infância, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 9º, III)

IV - o apoio à implementação do Plano Nacional pela Primeira Infância. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 9º, IV)

Art. 10. São ações estratégicas do eixo de atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas: (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 10)

I - a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI); (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 10, I)

II - a construção de diretrizes de atenção e linhas de cuidado; e (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 10, II)

III - o fomento da atenção e internação domiciliar. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 10, III)

Art. 11. São ações estratégicas do eixo de atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz: (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 11)

I - o fomento à organização e qualificação dos serviços especializados para atenção integral a crianças e suas famílias em situação de violência sexual; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 11, I)

II - a implementação da "Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência"; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 11, II)

III - a articulação de ações intrasetoriais e intersetoriais de prevenção de acidentes, violências e promoção da cultura de paz; e (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 11, III)

IV - o apoio à implementação de protocolos, planos e outros compromissos sobre o enfrentamento às violações de direitos da criança pactuados com instituições governamentais e não governamentais, que compõem o Sistema de Garantia de Direitos. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 11, IV)

§ 1º Estabelecer que os responsáveis técnicos de todas as entidades de saúde integrantes ou participantes, a qualquer título, do Sistema único de Saúde - SUS deverão notificar, ao Conselho Tutelar da localidade, todo caso de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes, por elas atendidos. (Origem: PRT MS/GM 1968/2001, Art. 1º)

§ 2º Definir que a notificação de que trata o § 1º deverá ser feita mediante a utilização de formulário próprio, constante do Anexo 2 do Anexo X, observadas as instruções e cautelas nele indicadas para seu preenchimento, que deverá ser preenchido em duas vias, sendo a primeira encaminhada ao Conselho Tutelar e a segunda anexada à Ficha de Atendimento ou Prontuário do paciente atendido, para os encaminhamentos necessários ao serviço. (Origem: PRT MS/GM 1968/2001, Art. 2º, Parágrafo Único) (Origem: PRT MS/GM 1968/2001, Art. 3º) (Origem: PRT MS/GM 1968/2001, Art. 2º)

Art. 12. São ações estratégicas do eixo de atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade: (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 12)

I - a articulação e intensificação de ações para inclusão de crianças com deficiências, indígenas, negras, quilombolas, do campo, das águas e da floresta, e crianças em situação de rua, entre outras, nas redes temáticas; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 12, I)

II - o apoio à implementação do protocolo nacional para a proteção integral de crianças e adolescentes em situação de risco e desastres; e (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 12, II)

III - o apoio à implementação das diretrizes para atenção integral à saúde de crianças e adolescentes em situação de trabalho infantil. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 12, III)

Art. 13. Os comitês de vigilância do óbito materno, fetal e infantil em âmbito local são ações estratégicas do eixo de vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 13)

Art. 14. A PNAISC se organiza a partir da Rede de Atenção à Saúde e de seus eixos estratégicos, mediante a articulação das ações e serviços de saúde disponíveis nas redes temáticas, em especial aquelas desenvolvidas na rede de saúde materna neonatal e infantil e na atenção básica, esta como coordenadora do cuidado no território. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 14)

Art. 15. Compete ao Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 15)

I - articular e apoiar a implementação da PNAISC, em parceria com os gestores estaduais e municipais de saúde, o alinhamento das ações e serviços de saúde da criança no Plano Nacional de Saúde, considerando as prioridades e as especificidades regionais, estaduais e municipais; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 15, I)

II - desenvolver ações de mobilização social, informação, educação, comunicação, visando a divulgação da PNAISC e a implementação das ações de atenção integral à saúde da criança; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 15, II)

III - propor diretrizes, normas, linhas de cuidado e metodologias específicas necessárias à implementação da PNAISC; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 15, III)

IV - prestar assessoria técnica e apoio institucional aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios no processo de implementação de atenção integral à saúde da criança nas regiões de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 15, IV)

V - promover a capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde, em parceria com instituições de ensino e pesquisa, para a atenção integral à saúde da criança no SUS; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 15, V)

VI - fomentar a qualificação de serviços como centros de apoio e formação em boas práticas em saúde da criança, visando à troca de experiências e de conhecimento; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 15, VI)

VII - monitorar e avaliar os indicadores e as metas nacionais relativas à saúde da criança, estabelecidas no Plano Nacional de Saúde e em outros instrumentos de gestão; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 15, VII)

VIII - apoiar e fomentar a realização de pesquisas consideradas estratégicas no contexto da PNAISC; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 15, VIII)

IX - promover articulação intersetorial e interinstitucional com os diversos setores e instituições governamentais e não governamentais, com organismos internacionais, envolvidos com a saúde da criança, em busca de parcerias que favoreçam a implementação da PNAISC; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 15, IX)

X - estimular, apoiar e participar do processo de discussão sobre as ações de atenção integral à saúde da criança nas redes temáticas de atenção à saúde, com os setores organizados da sociedade nas instâncias colegiadas e de controle social; e (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 15, X)

XI - designar e apoiar sua respectiva representação política nos fóruns, colegiados e conselhos nacionais envolvidos com a temática da saúde da criança, em especial no Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA). (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 15, XI)

Art. 16. Compete às Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal: (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 16)

I - coordenar a implementação da PNAISC no âmbito do seu território, respeitando as diretrizes do Ministério da Saúde e promovendo as adequações necessárias, de acordo com o perfil epidemiológico e as prioridades e especificidades locorregionais e articular, em parceria com os gestores municipais de saúde, o alinhamento das ações e serviços de saúde da criança no Plano Estadual de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 16, I)

II - desenvolver ações de mobilização social, informação, educação, comunicação, no âmbito estadual e distrital, visando a divulgação da PNAISC e a implementação das ações de atenção integral à saúde da criança; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 16, II)

III - prestar assessoria técnica e apoio institucional aos municípios e às regiões de saúde no processo de gestão, planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações de atenção integral à saúde da criança; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 16, III)

IV - promover a capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde, se necessário em parceria com instituições de ensino e pesquisa, para a atenção integral à saúde da criança no âmbito estadual, distrital e municipal, no que couber; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 16, IV)

V - monitorar e avaliar os indicadores e as metas estaduais e distritais relativas à saúde da criança, estabelecidas no Plano Estadual de Saúde e em outros instrumentos de gestão; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 16, V)

VI - promover articulação intersetorial e interinstitucional com os diversos setores e instituições governamentais e não governamentais, com organismos internacionais, envolvidos com a saúde da criança, em busca de parcerias que favoreçam a implementação da PNAISC; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 16, VI)

VII - estimular, apoiar e participar do processo de discussão sobre as ações de atenção integral à saúde da criança nas redes temáticas de atenção à saúde, com os setores organizados da sociedade nas instâncias colegiadas e de controle social; e (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 16, VII)

VIII - designar e apoiar sua respectiva representação política nos fóruns, colegiados e conselhos estaduais envolvidos com a temática da saúde da criança, em especial no Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 16, VIII)

Art. 17. Compete às Secretarias de Saúde dos Municípios: (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 17)

I - implantar/implementar a PNAISC, no âmbito do seu território, respeitando suas diretrizes e promovendo as adequações necessárias, de acordo com o perfil epidemiológico e as prioridades e especificidades locais e articular o

alinhamento das ações e serviços de saúde da criança no Plano Municipal de Saúde, e no Planejamento Regional; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 17, I)

II - promover a capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde, se necessário em parceria com instituições de ensino e pesquisa, para a atenção integral à saúde da criança no âmbito municipal, no que couber; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 17, II)

III - monitorar e avaliar os indicadores e as metas municipais relativas à saúde da criança, estabelecidas no Plano Municipal de Saúde e em outros instrumentos de gestão e no Planejamento Regional e alimentar os sistemas de informação da saúde, de forma contínua, com dados produzidos no sistema local de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 17, III)

IV - promover articulação intersetorial e interinstitucional com os diversos setores e instituições governamentais e não governamentais, com organismos internacionais, envolvidos com a saúde da criança, em busca de parcerias que favoreçam a implementação da PNAISC; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 17, IV)

V - fortalecer a participação e o controle social no planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações de atenção integral à saúde da criança; e (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 17, V)

VI - designar e apoiar sua respectiva representação política nos fóruns, colegiados e conselhos municipais envolvidos com a temática da saúde da criança, em especial no Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 17, VI)

Art. 18. O financiamento da PNAISC é de responsabilidade tripartite, de acordo com pactuação nas instâncias colegiadas de gestão do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 18)

Art. 19. O processo de monitoramento e avaliação da PNAISC ocorrerá de acordo com as pactuações realizadas nas instâncias colegiadas de gestão do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 19)

Parágrafo Único. O monitoramento e a avaliação deverão considerar os indicadores de atenção à saúde da criança, estabelecidos nos instrumentos de gestão do SUS, em âmbito federal, estadual, do Distrito Federal e municipal. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 19, Parágrafo Único)

Art. 20. A PNAISC contará com documento orientador para sua implementação a ser disponibilizado pela Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM/DAPES/SAS/MS) no endereço eletrônico www.saude.gov.br/crianca. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 20)

TÍTULO II **DO MÉTODO CANGURU**

Art. 21. Fica aprovada a Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru, destinado a promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. (Origem: PRT MS/GM 1683/2007, Art. 1º)

TÍTULO III **DOS CRITÉRIOS DE HABILITAÇÃO DA INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA (IHAC)**

Art. 22. Os Hospitais Amigos da Criança adotarão ações educativas articuladas com a Atenção Básica, de modo a informar à mulher sobre a assistência que lhe é devida, do pré-natal ao puerpério, visando ao estímulo das "Boas Práticas de Atenção ao Parto e ao Nascimento", na forma da Recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) no Atendimento ao Parto Normal. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 4º)

Parágrafo Único. Dentre as ações referidas no "caput", os Hospitais Amigos da Criança garantirão a vinculação da gestante, no último trimestre de gestação, ao estabelecimento hospitalar em que será realizado o parto. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 23. Os Hospitais Amigos da Criança assegurarão às mulheres e aos seus filhos recém-nascidos alta hospitalar responsável e contrarreferência na Atenção Básica, bem como o acesso a outros serviços e grupos de apoio à amamentação, após a alta. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 5º)

CAPÍTULO I

DAS RESPONSABILIDADES DOS ENTES FEDERATIVOS PELA IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA IHAC (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, CAPÍTULO II)

Art. 24. Para gerenciar a implantação e a implementação da IHAC, no âmbito do SUS, ficam estabelecidas as seguintes competências: (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º)

I - ao Ministério da Saúde (MS) compete: (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, I)

a) propor normas e promover condições que qualifiquem os Recursos Humanos para a condução dos processos operacionais e fluxos da IHAC; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, I, a)

b) estabelecer diretrizes para habilitação dos Hospitais Amigos da Criança; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, I, b)

c) realizar as avaliações globais dos estabelecimentos de saúde para serem habilitados à IHAC; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, I, c)

d) publicar atos normativos para habilitação do estabelecimento de saúde na IHAC, bem como para definição do repasse financeiro decorrente desta habilitação; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, I, d)

e) entregar a placa de Hospital Amigo da Criança em solenidade oficial, recomendando-se a participação de 1 (um) representante do Ministério da Saúde, 1 (um) representante do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), 1 (um) representante da Secretaria de Saúde do Estado e 1 (um) representante da Secretaria Municipal de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, I, e)

f) monitorar e avaliar permanentemente a estratégia IHAC no País; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, I, f)

g) garantir a manutenção do sistema de informação "web" (SISIHAC) para coleta e gerenciamento de dados; e (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, I, g)

h) instituir a formação de 5 (cinco) polos de referência no País, com o objetivo de atuar nas atividades relacionadas à IHAC, no âmbito de cada unidade federativa da sua área de abrangência, em concordância com os critérios deste Título. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, I, h)

II - à Secretaria de Saúde dos Estados compete: (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, II)

a) coordenar a IHAC no âmbito estadual, cumprindo as exigências deste Título; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, II, a)

b) apoiar as Secretarias Municipais de Saúde para habilitação e manutenção dos Hospitais Amigos da Criança dos seus Municípios; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, II, b)

c) disponibilizar profissionais para serem formados como avaliadores da IHAC pelo Ministério da Saúde e para os processos de apoio e avaliação dos estabelecimentos de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, II, c)

d) promover e organizar solenidade oficial para a entrega da placa IHAC, conjuntamente com a Secretaria de Saúde do Município; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, II, d)

e) zelar pela continuidade das ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno dos Hospitais Amigos da Criança localizados em seu território; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, II, e)

f) informar à Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM/DAPES/SAS/MS) os Hospitais Amigos da Criança que não estiverem em funcionamento; e (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, II, f)

g) solicitar ao Ministério da Saúde o descredenciamento de hospital desativado. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, II, g)

III - à Secretaria de Saúde dos Municípios compete: (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, III)

a) coordenar a IHAC, no âmbito municipal, cumprindo as exigências deste Título; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, III, a)

b) participar, junto à Secretarial de Saúde dos Estados, do apoio à formação dos recursos humanos e à habilitação e manutenção dos Hospitais Amigos da Criança no âmbito do seu território; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, III, b)

c) promover e organizar a solenidade oficial para a entrega da placa IHAC, conjuntamente com a Secretaria de Saúde do Estado; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, III, c)

d) zelar pela continuidade das ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno dos Hospitais Amigos da Criança localizados em seu território; e (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, III, d)

e) informar à Secretaria de Saúde dos Estados os Hospitais Amigos da Criança que não estiverem em funcionamento. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, III, e)

Parágrafo Único. À Secretaria de Saúde do Distrito Federal compete os direitos e as atribuições reservadas às Secretarias de Saúde dos Estados e dos Municípios. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, Parágrafo Único)

CAPÍTULO II
DA HABILITAÇÃO À IHAC
(Origem: PRT MS/GM 1153/2014, CAPÍTULO III)

Art. 25. Para serem habilitados à IHAC pelo código 14.16, os estabelecimentos de saúde públicos e privados deverão atender aos seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º)

I - cumprir os "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno", propostos pela OMS e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), assim definidos: (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, I)

a) passo 1: ter uma Política de Aleitamento Materno, que seja rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, I, a)

b) passo 2: capacitar toda a equipe de cuidados de saúde nas práticas necessárias para implementar esta Política; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, I, b)

c) passo 3: informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, I, c)

d) passo 4: ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento, conforme nova interpretação, e colocar os bebês em contato pele a pele com suas mães, imediatamente após o parto, por pelo menos uma hora e orientar a mãe a identificar se o bebê mostra sinais que está querendo ser amamentado, oferecendo ajuda se necessário; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, I, d)

e) passo 5: mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação mesmo se vierem a ser separadas dos filhos; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, I, e)

f) passo 6: não oferecer a recém-nascidos bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação médica e/ou de nutricionista; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, I, f)

g) passo 7: praticar o alojamento conjunto, permitir que mães e recém-nascidos permaneçam juntos 24 (vinte e quatro) horas por dia; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, I, g)

h) passo 8: incentivar o aleitamento materno sob livre demanda; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, I, h)

i) passo 9: não oferecer bicos artificiais ou chupetas a recém-nascidos e lactentes; e (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, I, i)

j) passo 10: promover a formação de grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos quando da alta da maternidade, conforme nova interpretação, e encaminhar as mães a grupos ou outros serviços de apoio à amamentação, após a alta. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, I, j)

II - cumprir a Lei nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006, e a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças na Primeira Infância (NBCAL); (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, II)

III - garantir permanência da mãe ou do pai junto ao recém-nascido 24 (vinte e quatro) horas por dia e livre acesso a ambos ou, na falta destes, ao responsável legal, devendo o estabelecimento de saúde ter normas e rotinas escritas a respeito, que sejam rotineiramente transmitidas a toda equipe de cuidados de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, III)

IV - cumprir o critério global Cuidado Amigo da Mulher, que requer as seguintes práticas: (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, IV)

a) garantir à mulher, durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto, um acompanhante de sua livre escolha, que lhe ofereça apoio físico e/ou emocional; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, IV, a)

b) ofertar à mulher, durante o trabalho de parto, líquidos e alimentos leves; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, IV, b)

c) incentivar a mulher a andar e a se movimentar durante o trabalho de parto, se desejar, e a adotar posições de sua escolha durante o parto, a não ser que existam restrições médicas e isso seja explicado à mulher, adaptando as condições para tal; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, IV, c)

d) garantir à mulher, ambiente tranquilo e acolhedor, com privacidade e iluminação suave; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, IV, d)

e) disponibilizar métodos não farmacológicos de alívio da dor, tais como banheira ou chuveiro, massageadores ou massagens, bola de pilates, bola de trabalho de parto, compressas quentes e frias, técnicas que devem ser informadas à mulher durante o pré-natal; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, IV, e)

f) assegurar cuidados que reduzam procedimentos invasivos, tais como rupturas de membranas, episiotomias, aceleração ou indução do parto, partos instrumentais ou cesarianas, a menos que sejam necessários em virtude de complicações, sendo tal fato devidamente explicado à mulher; e (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, IV, f)

g) caso seja da rotina do estabelecimento de saúde, autorizar a presença de doula comunitária ou voluntária em apoio à mulher de forma contínua, se for da sua vontade. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, IV, g)

Parágrafo Único. O critério global Cuidado Amigo da Mulher deverá estar contido em normas e rotinas escritas a respeito, que sejam rotineiramente transmitidas a toda equipe de cuidados de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, Parágrafo Único)

Art. 26. Os estabelecimento de saúde públicos e privados interessados em se habilitarem à IHAC, além de cumprirem as exigências do art. 25, deverão: (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º)

I - apresentar requerimento por meio do endereço eletrônico www.saude.gov.br/crianca e preencher os formulários que estarão disponíveis no sistema de informação do Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, I)

II - realizar autoavaliação na qual o estabelecimento de saúde preencherá o questionário disponível no sistema de informação do Ministério da Saúde, disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br/crianca, que será analisado pela Coordenação Estadual de Saúde da Criança e Aleitamento Materno ou órgão equivalente na Secretaria de Saúde dos Estados e dará continuidade ao processo de habilitação; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, II)

III - submeter-se à pré-avaliação realizada por avaliadores da IHAC no âmbito estadual; e (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, III)

IV - submeter-se à Avaliação Global a ser realizada por avaliadores da IHAC coordenada pela Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM/DAPES/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, IV)

§ 1º Na hipótese do inciso I do "caput", caso o estabelecimento de saúde não consiga acessar o sistema de informação do Ministério da Saúde, então poderá solicitar e apresentar os formulários de forma física às secretarias estaduais, do Distrito Federal e municipais de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, § 1º)

§ 2º Constatado na autoavaliação o cumprimento dos critérios exigidos, será realizada a pré-avaliação por 1 (um) ou 2 (dois) avaliadores da IHAC, indicados pela Secretaria Estadual de Saúde, mediante instrumento padronizado pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, § 2º)

§ 3º A Secretaria Estadual de Saúde ficará responsável pelo deslocamento do avaliador para realizar a pré-avaliação em qualquer município do estado, devendo custear o deslocamento e a hospedagem do avaliador no Município durante a realização da pré-avaliação. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, § 3º)

§ 4º Ao final do processo de pré-avaliação, caso o estabelecimento de saúde não atenda integralmente aos critérios descritos neste Título, a Secretaria Estadual de Saúde estabelecerá o prazo máximo de 90 (noventa) dias para realização de nova pré-avaliação, antes do início de novo processo de habilitação. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, § 4º)

§ 5º A partir da comprovação do cumprimento dos critérios da IHAC na pré-avaliação, o Coordenador Estadual de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, ou órgão equivalente, solicitará a Avaliação Global ao Ministério da Saúde, por meio da CGSCAM/DAPES/SAS/MS, para dar continuidade ao processo de habilitação como Hospital Amigo da Criança. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, § 5º)

§ 6º A Avaliação Global analisará os critérios descritos neste Título e será realizada por 2 (dois) avaliadores credenciados e designados pela CGSCAM/DAPES/SAS/MS, sendo 1 (um) do próprio Estado. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, § 6º)

§ 7º Os resultados da Avaliação Global deverão ser lançados no sistema de informação do Ministério da Saúde pelos avaliadores responsáveis. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, § 7º)

§ 8º Durante o processo da Avaliação Global, o Ministério da Saúde se responsabilizará pelo custeio do deslocamento e hospedagem do avaliador indicado pelo Ministério da Saúde e a Secretaria Estadual de Saúde ficará responsável pelo custo de deslocamento e hospedagem de seu respectivo avaliador. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, § 8º)

§ 9º O estabelecimento de saúde que, por ocasião da Avaliação Global, não atender integralmente aos critérios estabelecidos neste Título, terá o prazo de 6 (seis) meses para fazer as adequações necessárias e solicitar à Secretaria Estadual de Saúde nova Avaliação Global. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, § 9º)

§ 10. Na nova avaliação referida no art. 26, § 9º, serão avaliados apenas os critérios não cumpridos na primeira Avaliação Global, caso a segunda ocorra dentro do período de 6 (seis) meses da realização desta. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, § 10)

§ 11. Ultrapassado o período descrito no art. 26, § 10, deverá ser feita nova Avaliação Global, com análise de todos os critérios de habilitação à IHAC. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, § 11)

§ 12. Ao final da Avaliação Global, os avaliadores informarão ao gestor do estabelecimento de saúde ou equivalente sobre o resultado preliminar da avaliação. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, § 12)

Art. 27. Cumpridas satisfatoriamente as exigências e procedimentos descritos nos arts. 25 e 26 do Anexo X, o Ministro de Estado da Saúde editará ato específico de habilitação do estabelecimento de saúde à IHAC. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 9º)

§ 1º O estabelecimento de saúde habilitado receberá a placa da "Iniciativa Hospital Amigo da Criança". (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 9º, § 1º)

§ 2º A habilitação do estabelecimento de saúde à IHAC terá validade de 3 (três) anos, devendo ser registrada no Selo de Certificação afixado à placa referida no art. 27, § 1º. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 9º, § 2º)

§ 3º Compete à Coordenação-Geral dos Sistemas de Informação (CGSI/DRAC/SAS/MS) manter os sistemas de informação atualizados com as habilitações aprovadas. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 9º, § 3º)

CAPÍTULO III
DO MONITORAMENTO
(Origem: PRT MS/GM 1153/2014, CAPÍTULO IV)

Art. 28. Os estabelecimentos de saúde habilitados à IHAC deverão submeter-se anualmente à autoavaliação constante no sistema de informação do Ministério da Saúde, com o apoio das secretarias estaduais, do Distrito Federal e municipais de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 10)

§ 1º A liberação do sistema de informação do Ministério da Saúde para inserção dos dados do monitoramento anual será de competência do Ministério da Saúde e ficará disponível do primeiro ao último dia útil do ano, podendo o estabelecimento de saúde preencher o questionário de autoavaliação no período que considerar mais adequado ou quando completar 1 (um) ano após a habilitação na IHAC. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 10, § 1º)

§ 2º O sistema de informação do Ministério da Saúde será fechado no último dia de cada ano e o balanço dos dados informados será finalizado no último dia do mês de janeiro do ano subsequente, quando será divulgado pelo Ministério da Saúde às Secretarias Estaduais, do Distrito Federal e Municipais de Saúde e aos Hospitais Amigos da Criança do País. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 10, § 2º)

CAPÍTULO IV
DA REAVALIAÇÃO TRIENAL
(Origem: PRT MS/GM 1153/2014, CAPÍTULO V)

Art. 29. A cada 3 (três) anos os estabelecimentos de saúde habilitados à IHAC serão reavaliados, de forma presencial, pelas secretarias de saúde dos estados ou do Distrito Federal, ou, ainda, a qualquer tempo, em virtude de denúncia de irregularidades. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 11)

§ 1º Para a realização das reavaliações de que trata o "caput", a Secretária de Saúde dos Estados ou do Distrito Federal designará 2 (dois) avaliadores, que não poderão manter qualquer vínculo com o estabelecimento de saúde a ser avaliado. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 11, § 1º)

§ 2º Os avaliadores responsáveis deverão, ao final da reavaliação trienal, informar ao gestor do estabelecimento de saúde ou equivalente, em reunião com toda a equipe, o resultado preliminar. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 11, § 2º)

§ 3º A partir do resultado final da reavaliação trienal, os avaliadores deverão registrar os respectivos dados no sistema de informação do Ministério da Saúde, onde serão disponibilizados às secretarias estaduais, do Distrito Federal e municipais de saúde e ao estabelecimento de saúde reavaliado. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 11, § 3º)

§ 4º Constatado, por ocasião da reavaliação de que trata o "caput", que o estabelecimento de saúde não cumpre os critérios deste Título, ser-lhe-á concedido o prazo de até 6 (seis) meses para fazer as adequações necessárias e submeter-se a nova reavaliação acerca dos critérios não cumpridos. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 11, § 4º)

§ 5º Se, por ocasião da nova reavaliação, os critérios ainda não estiverem sendo cumpridos na íntegra, mas forem constatados progressos, o estabelecimento de saúde terá o prazo de até 3 (três) meses para realizar as adequações e ser novamente reavaliado pela Secretaria de Saúde dos Estados ou do Distrito Federal. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 11, § 5º)

§ 6º Os resultados da reavaliação promovida pela Secretaria de Saúde dos Estados ou do Distrito Federal serão comunicados à CGSCAM/DAPES/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 11, § 6º)

§ 7º Na hipótese de o estabelecimento de saúde continuar não cumprindo os critérios deste Título, a CGSCAM/DAPES/SAS/MS indicará e enviará um avaliador para uma última reavaliação do mesmo. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 11, § 7º)

§ 8º Caso o estabelecimento de saúde não seja aprovado na última reavaliação, será automaticamente desabilitado. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 11, § 8º)

§ 9º Os estabelecimentos de saúde aprovados na reavaliação receberão selo de renovação da habilitação para o próximo período trienal. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 11, § 9º)

§ 10. A Secretaria de Saúde dos Estados ou do Distrito Federal ficará responsável pelo deslocamento dos avaliadores para realizarem as reavaliações em qualquer município do estado, devendo custear o deslocamento e a hospedagem do avaliador no município durante a realização da reavaliação. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 11, § 10)

CAPÍTULO V

DA DESABILITAÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE À IHAC

(Origem: PRT MS/GM 1153/2014, CAPÍTULO VI)

Art. 30. Serão desabilitados da IHAC os estabelecimentos de saúde que estejam nas seguintes condições: (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 12)

I - não for avaliado pela Secretaria de Saúde dos Estados ou do Distrito Federal por 2 (dois) períodos de reavaliação trienal consecutivos; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 12, I)

II - não cumprirem os critérios nas reavaliações trienais; ou (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 12, II)

III - não realizarem a autoavaliação por 2 (dois) anos consecutivos. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 12, III)

§ 1º A desabilitação será feita mediante edição de ato específico do Ministro de Estado da Saúde, revogando-se o ato anterior de habilitação. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 12, § 1º)

§ 2º O estabelecimento será notificado para, no prazo de 30 (trinta) dias após a sua desabilitação, devolver a placa da "Iniciativa Hospital Amigo da Criança" à CGSCAM/DAPES/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 12, § 2º)

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

(Origem: PRT MS/GM 1153/2014, CAPÍTULO VII)

Art. 31. A CGSCAM/DAPES/SAS/MS atualizará, periodicamente, os manuais instrutivos disponibilizados no endereço eletrônico www.saude.gov.br/crianca, com detalhamento dos processos de avaliação e monitoramento. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 15)

Art. 32. A ouvidoria ativa do Ministério da Saúde será um dos instrumentos para direcionar à CGSCAM/DAPES/SAS/MS eventuais denúncias de irregularidades em face das boas práticas da IHAC. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 16)

TÍTULO IV

DA CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA

Art. 33. Fica disponibilizada gratuitamente a "Caderneta de Saúde da Criança" a todas as crianças nascidas em território nacional, contendo a Informação Básica Comum estabelecida pela Resolução MERCOSUL/GMC nº 04/05. (Origem: PRT MS/GM 1058/2005, Art. 1º)

Art. 34. As cadernetas serão distribuídas aos municípios, anualmente, em quantidade suficiente para a disponibilização a todas as crianças nascidas vivas, em maternidades públicas ou privadas, naquele ano, conforme estimativa estabelecida a partir do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC), por local de ocorrência. (Origem: PRT MS/GM 1058/2005, Art. 2º)

Art. 35. Toda caderneta de saúde destinada à criança, disponível no País, deverá adequar-se ao disposto na Resolução MERCOSUL/GMC Nº 04/05. (Origem: PRT MS/GM 1058/2005, Art. 3º)

Art. 36. Ficam aprovados a Resolução Mercosul/GMC nº 04/05 e seu anexo, na forma do Anexo 6 do Anexo X e do Anexo 7 do Anexo X intitulado "Informação Básica Comum para a Caderneta de Saúde da Criança". (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Art. 1º)

Art. 37. O Ministério da Saúde expedirá os atos normativos necessários para dar cumprimento à Resolução citada por meio da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Art. 2º)

TÍTULO V

DO COMITÊ NACIONAL DE PREVENÇÃO DO ÓBITO INFANTIL E NEONATAL

Art. 38. Institui o Comitê Nacional de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 1º)

Art. 39. Fica definida a composição do Comitê Nacional de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal, com os seguintes representantes: (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º)

I - 1 (um) representante da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS); (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º, I)

II - 1 (um) representante da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS); (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º, II)

III - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º, III)

IV - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º, IV)

V - 1 (um) representante da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º, V)

VI - 1 (um) representante da Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras (ABENFO); (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º, VI)

VII - 1 (um) representante do Conselho Federal de Medicina (CFM); (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º, VII)

VIII - 1 (um) representante do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN); (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º, VIII)

IX - 1 (um) representante da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º, IX)

X - 1 (um) representante da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP); (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º, X)

XI - 1 (um) representante da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO); (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º, XI)

XII - 1 (um) representante do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA); e (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º, XII)

XIII - 1 (um) representante da Pastoral da Criança. (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º, XIII)

Art. 40. Compete ao Comitê Nacional de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal: (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º)

I - estimular a investigação dos óbitos infantis e fetais pelas equipes de saúde, segundo critérios definidos, preferencialmente com a participação integrada dos profissionais da vigilância epidemiológica e da área de assistência em

saúde (Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Programa de Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde e setores da área de assistência das Secretarias de Saúde); (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º, I)

II - estimular a realização de análises dos óbitos investigados segundo a possibilidade de sua prevenção, com especial atenção à identificação de problemas relacionados: (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º, II)

a) à assistência de saúde prestada à gestante e à criança; (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º, II, a)

b) à organização dos serviços e do sistema de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º, II, b)

c) as condições sociais, da família e da comunidade. (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º, II, c)

III - contribuir para a melhoria da informação em saúde, com a correção das estatísticas oficiais e qualificação das informações sobre nascimentos, óbitos infantis e fetais; (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º, III)

IV - contribuir para a melhoria dos registros de saúde, por meio da sensibilização dos profissionais para o correto preenchimento de prontuários, fichas de atendimento, Cartão da gestante e Cartão da Criança; (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º, IV)

V - acompanhar, assessorar e estimular a constituição de comitês estaduais, regionais, municipais e hospitalares; (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º, V)

VI - avaliar, periodicamente, os principais problemas observados no estudo dos óbitos e das medidas realizadas de intervenção para redução da mortalidade infantil e fetal; (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º, VI)

VII - divulgar, sistematicamente, os resultados e experiências bem sucedidas, com elaboração de material específico (relatórios/boletim periódicos); (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º, VII)

VIII - elaborar propostas para a construção de políticas nacionais dirigidas à redução da mortalidade infantil e fetal; (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º, VIII)

IX - promover a mobilização do poder público, instituições e sociedade civil com vistas à prevenção da mortalidade infantil e fetal; e (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º, IX)

X - promover seminários, oficinas e encontros nacionais para sensibilização, troca de experiências e avaliação dos trabalhos no âmbito nacional. (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º, X)

TÍTULO VI

DAS BRINQUEDOTECAS NAS UNIDADES DE SAÚDE QUE OFEREÇAM ATENDIMENTO PEDIÁTRICO EM REGIME DE INTERNAÇÃO

Art. 41. Fica aprovado, na forma do art. 251 da Portaria de Consolidação nº 6, o Regulamento que estabelece as diretrizes de instalação e funcionamento das brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação. (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Art. 1º)

ANEXO 1 DO ANEXO X

Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru (Origem: PRT MS/GM 1683/2007, Anexo 1)

NORMA DE ORIENTAÇÃO PARA A IMPLANTAÇÃO DO MÉTODO CANGURU

I - INTRODUÇÃO

Os avanços tecnológicos para o diagnóstico e a abordagem de recém-nascidos enfermos, notadamente os de baixo peso, aumentaram de forma impressionante as chances de vida desse grupo etário. Sabe-se, ainda, que o adequado desenvolvimento dessas crianças é determinado por um equilíbrio quanto ao suporte das necessidades biológicas, ambientais e familiares, portanto, cumpre estabelecer uma contínua adequação tanto da abordagem técnica quanto das posturas que impliquem mudanças ambientais e comportamentais com vistas à maior humanização do atendimento.

A presente Norma deverá ser implantada nas Unidades Médico-Assistenciais integrantes do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS). As Unidades que já possuem esse Método de atendimento deverão manter o que vêm fazendo, introduzindo apenas as novas adaptações que visam melhorar a eficiência e a eficácia da atenção.

A adoção dessa estratégia contribui para a promoção de uma mudança institucional na busca da atenção à saúde, centrada na humanização e no princípio de cidadania da família.

Entende-se que as recomendações aqui contidas deverão ser consideradas como um mínimo ideal para a tomada de condutas que visem a um atendimento adequado ao recém-nascido de baixo peso, com procedimentos humanizados, objetivando maior apego, incentivo ao aleitamento materno, melhor desenvolvimento e segurança, inclusive quanto ao relacionamento familiar.

Definição

1. O Método Canguru é um modelo de assistência perinatal voltado para o cuidado humanizado que reúne estratégias de intervenção bio-psico-social.

2. O contato pele-a-pele, no Método Canguru, começa com o toque evoluindo até a posição canguru. Inicia-se de forma precoce e crescente, por livre escolha da família, pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente. Esse Método permite uma maior participação dos pais e da família nos cuidados neonatais.

3. A posição canguru consiste em manter o recém-nascido de baixo peso, em contato pele-a-pele, na posição vertical junto ao peito dos pais ou de outros familiares. Deve ser realizada de maneira orientada, segura e acompanhada de suporte assistencial por uma equipe de saúde adequadamente treinada.

Normas Gerais

1. A adoção do Método Canguru visa fundamentalmente uma mudança de atitude na abordagem do recém-nascido de baixo peso, com necessidade de hospitalização.

2. O método descrito não é um substitutivo das unidades de terapia intensiva neonatal, nem da utilização de incubadoras, já que estas situações têm as suas indicações bem estabelecidas.

3. O Método não objetiva economizar recursos humanos e recursos técnicos, mas fundamentalmente aprimorar a atenção perinatal.

4. O início da atenção adequada ao RN antecede o período do nascimento. Durante o pré-natal, é possível identificar mulheres com maior risco de recém-nascidos de baixo peso; para elas devem ser oferecidas informações sobre cuidados médicos específicos e humanizados.

5. Nas situações em que há risco de nascimento de crianças com baixo peso, é recomendável encaminhar à gestante para os cuidados de referência, uma vez que essa é a maneira mais segura de atenção.

6. Na 2ª etapa não se estipula a obrigatoriedade de tempo em posição canguru. Essa situação deve ser entendida como um fato que ocorre com base na segurança do manuseio da criança, no prazer e na satisfação da criança e da mãe.

7. Deverá ser também estimulada a participação do pai e de outros familiares na colocação da criança em posição canguru.

8. A presença de berço no alojamento de mãe e filho, com possibilidade de elevação da cabeceira, permitirá que a criança ali permaneça na hora do exame clínico, durante o asseio da criança e da mãe e nos momentos em que a mãe e a equipe de saúde acharem necessários.

9. São atribuições da equipe de saúde:

- orientar a mãe e a família em todas as etapas do método

- oferecer suporte emocional e estimular os pais em todos os momentos
- encorajar o aleitamento materno
- desenvolver ações educativas abordando conceitos de higiene, controle de saúde e nutrição
- desenvolver atividades recreativas para as mães durante o período de permanência hospitalar
- participar de treinamento em serviço como condição básica para garantir a qualidade da atenção
- orientar a família na hora da alta hospitalar, criando condições de comunicação com a equipe, e garantir todas as possibilidades já enumeradas de atendimento continuado.

Vantagens

- aumenta o vínculo mãe-filho - reduz o tempo de separação mãe-filho
- melhora a qualidade do desenvolvimento neurocomportamental e psico-afetivo do RN de baixo-peso.
- estimula o aleitamento materno, permitindo maior frequência, precocidade e duração
- permite um controle térmico adequado - favorece a estimulação sensorial adequada do RN
- contribui para a redução do risco de infecção hospitalar
- reduz o estresse e a dor dos RN de baixo peso
- propicia um melhor relacionamento da família com a equipe de saúde
- possibilita maior competência e confiança dos pais no manuseio do seu filho de baixo peso, inclusive após a alta hospitalar
- contribui para a otimização dos leitos de Unidades de Terapia Intensiva e de Cuidados Intermediários devido à maior rotatividade de leitos

População a ser atendida

- gestantes de risco para o nascimento de crianças de baixo peso
- recém-nascidos de baixo peso
- mãe, pai e família do recém-nascido de baixo peso

Aplicação do método

O método será desenvolvido em três etapas:

- 1ª etapa

Período que se inicia no pré-natal da gestação de alto-risco seguido da internação do RN na Unidade Neonatal. Nessa etapa, os procedimentos deverão seguir os seguintes cuidados especiais:

- Acolher os pais e a família na Unidade Neonatal.
- Esclarecer sobre as condições de saúde do RN e sobre os cuidados dispensados, sobre a equipe, as rotinas e o funcionamento da Unidade Neonatal.

- Estimular o livre e precoce acesso dos pais à Unidade Neonatal, sem restrições de horário.
- Propiciar sempre que possível o contato com o bebê.
- Garantir que a primeira visita dos pais seja acompanhada pela equipe de profissionais.
- Oferecer suporte para a amamentação.
- Estimular a participação do pai em todas as atividades desenvolvidas na Unidade
- Assegurar a atuação dos pais e da família como importantes moduladores para o bem estar do bebê.
- Comunicar aos pais as peculiaridades do seu bebê e demonstrar continuamente as suas competências.
- Garantir à puérpera a permanência na unidade hospitalar pelo menos nos primeiros cinco dias, oferecendo o suporte assistencial necessário.
- Diminuir os níveis de estímulos ambientais adversos da unidade neonatal, tais como odores, luzes e ruídos.
- Adequar o cuidar de acordo com as necessidades individuais comunicadas pelo bebê.
- Garantir ao bebê medidas de proteção do estresse e da dor.
- Utilizar o posicionamento adequado do bebê, propiciando maior conforto, organização e melhor padrão de sono, favorecendo assim o desenvolvimento.
- Assegurar a permanência da puérpera, durante a primeira etapa:
 - Auxílio transporte, para a vinda diária à unidade pelos estados e/ou municípios
 - Refeições durante a permanência na unidade pelos estados e/ou municípios
 - Assento (Cadeira) adequado para a permanência ao lado de seu bebê e espaço que permita o seu descanso
 - Atividades complementares que contribuam para melhor ambientação, desenvolvidas pela equipe e voluntários.

2ª etapa

Na segunda etapa o bebê permanece de maneira contínua com sua mãe e a posição canguru será realizada pelo maior tempo possível. Esse período funcionará como um "estágio" pré-alta hospitalar.

2.1 São critérios de elegibilidade para a permanência nessa etapa:

2.1.2 Do bebê

- estabilidade clínica
- nutrição enteral plena (peito, sonda gástrica ou copo)
- peso mínimo de 1.250g

2.1.2 Da mãe

- desejo de participar, disponibilidade de tempo e de rede social de apoio de risco do recém-nascido.
- consenso entre mãe, familiares e profissionais da saúde

- capacidade de reconhecer os sinais de estresse e as situações de risco do recém-nascido.

- conhecimento e habilidade para manejar o bebê em posição canguru

2.2 Permitir o afastamento temporário da mãe de acordo com suas necessidades.

2.3 Acompanhar a evolução clínica e o ganho de peso diário.

2.4 Cada serviço deverá utilizar rotinas nutricionais de acordo com as evidências científicas atuais.

2.5 A utilização de medicações orais, intramusculares ou endovenosas intermitentes não contraindicam a permanência nessa etapa.

2.6 São critérios para a alta hospitalar com transferência para a 3ª etapa:

- mãe segura, psicologicamente motivada, bem orientada e familiares conscientes quanto ao cuidado domiciliar do bebê

- compromisso materno e familiar para a realização da posição pelo maior tempo possível

- peso mínimo de 1.600g

- ganho de peso adequado nos três dias que antecederem a alta

- sucção exclusiva ao peito ou, em situações especiais, mãe e família habilitados a realizar a complementação

- assegurar acompanhamento ambulatorial até o peso de 2500g

- a primeira consulta deverá ser realizada até 48 horas da alta e as demais no mínimo uma vez por semana

- garantir atendimento na unidade hospitalar de origem, a qualquer momento, até a alta da terceira etapa.

3.3ª etapa

Esta etapa se caracteriza pelo acompanhamento da criança e da família no ambulatório e/ou no domicílio até atingir o peso de 2.500g, dando continuidade à abordagem biopsicossocial.

3.1 Ambulatório de acompanhamento São atribuições do ambulatório de acompanhamento:

- realizar exame físico completo da criança tomando como referências básicas o grau de desenvolvimento, o ganho de peso, o comprimento e o perímetro cefálico, levando-se em conta a idade gestacional corrigida

- avaliar o equilíbrio psicoafetivo entre a criança e a família e oferecer o devido suporte

- apoiar a manutenção de rede social de apoio

- corrigir as situações de risco, como ganho inadequado de peso, sinais de refluxo, infecção e apneias

- orientar e acompanhar tratamentos especializados

- orientar esquema adequado de imunizações

3.2 O seguimento ambulatorial deve apresentar as seguintes características:

- ser realizado por médico e/ou enfermeiro, que, de preferência, tenha acompanhado o bebê e a família nas etapas anteriores

- o atendimento, quando necessário deverá envolver outros membros da equipe interdisciplinar
- ter agenda aberta, permitindo retorno não agendado, caso o bebê necessite
- o tempo de permanência em posição canguru será determinado individualmente por cada díade
- após o peso de 2.500g, o seguimento ambulatorial deverá seguir as normas de crescimento e desenvolvimento do Ministério da Saúde Recursos para a implantação

1. Recursos Humanos

Recomenda-se que toda a equipe de saúde responsável pelo atendimento do bebê, dos pais e da família, esteja adequadamente capacitada para o pleno exercício do Método

A equipe multiprofissional deve ser constituída por:

- Médicos
- pediatras e/ou neonatologistas (cobertura de 24 horas)
- obstetras (cobertura de 24 horas)
- oftalmologista
- enfermeiros (cobertura de 24 horas)
- psicólogos
- fisioterapeutas
- terapeutas ocupacionais
- assistentes sociais
- fonoaudiólogos
- nutricionistas
- técnicos e auxiliares de enfermagem (na 2ª etapa, uma auxiliar para cada 6 binômios com cobertura 24 horas).

2. Recursos Físicos

2.1 Os setores de terapia intensiva neonatal e de cuidados intermediários deverão obedecer às normas já padronizadas para essas áreas e permitir o acesso dos pais com possibilidade de desenvolvimento do contato tátil descrito nas etapas 1 e 2 dessa Norma. É importante que essas áreas permitam a colocação de assentos removíveis (cadeiras - bancos) para, inicialmente, facilitar a colocação em posição canguru.

2.2 Os quartos ou enfermarias para a 2ª etapa deverão obedecer à Norma já estabelecida para alojamento conjunto, com aproximadamente 5m² para cada conjunto leito materno/berço do recém-nascido.

2.3 Recomenda-se que a localização desses quartos proporcione facilidade de acesso ao setor de cuidados especiais.

2.4 Objetivando melhor funcionamento, o número de binômios por enfermaria deverá ser de, no máximo, seis.

2.5 O posto de enfermagem deverá localizar-se próximo a essas enfermarias.

2.6 Cada enfermaria deverá possuir um banheiro (com dispositivo sanitário, chuveiro e lavatório) e um recipiente com tampa para recolhimento de roupa usada.

3. Recursos Materiais

3.1 Na 2ª etapa, na área destinada a cada binômio, serão localizados: cama, berço (de utilização eventual, mas que permita aquecimento e posicionamento da criança com a cabeceira elevada), aspirador a vácuo, central ou portátil, cadeira e material de asseio.

3.2 Balança pesa-bebê, régua antropométrica, fita métrica de plástico e termômetro.

3.3 Carro com equipamento adequado para reanimação cardiopulmonar, que deverá estar localizado nos postos de enfermagem.

Avaliação do método

Sugere-se que, periodicamente, sejam realizadas as seguintes avaliações:

- morbidade e mortalidade neonatal.
- taxas de reinternação.
- crescimento e desenvolvimento
- grau de satisfação e segurança materna e familiar
- prevalência do aleitamento materno
- desempenho e satisfação da equipe de saúde
- conhecimentos maternos adquiridos quanto aos cuidados com a criança
- tempo de permanência intra-hospitalar

A equipe técnica da Saúde da Criança/MS dispõe-se a fornecer modelo de protocolo para obtenção dos dados dessas avaliações.

ANEXO 2 DO ANEXO X

Ficha de Notificação de Suspeita ou Confirmação de Maus-Tratos contra Crianças e Adolescentes (Origem: PRT MS/GM 1968/2001, Anexo 1)

FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE SUSPEITA OU CONFIRMAÇÃO DE MAUS-TRATOS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

(Considera-se criança a pessoa até 12 anos de idade incompletos e adolescente aquela entre 12 e 18 anos de idade - Lei nº 8.069, de 13.07.90 - Estatuto da Criança e do Adolescente)

I - IDENTIFICAÇÃO DO ATENDIMENTO
Data do atendimento: ____/____/____
Unidade:
Endereço da unidade:
Telefones:
Profissionais envolvidos no atendimento (incluir categoria profissional):

II - IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA / ADOLESCENTE		
Nome:		
DN: ____/____/____		
Idade:	Sexo:	Registro na unidade:
Filiação:		
Responsável (eis) Legal (eis):		
Acompanhamento:		
Grau de Relacionamento:		
Endereço:		
Telefone para contato:		
Referência para localização:		

III - CARACTERIZAÇÃO DOS MAUS-TRATOS/VIOLÊNCIA (Tipos e prováveis agressores) Maus-tratos identificados/Causador(es) provável dos maus-tratos:				
Abuso Físico	Mãe ()	Pai ()	Desconhecido ()	Outros () _____
Abuso Sexual	Mãe ()	Pai ()	Desconhecido ()	Outros () _____
Abuso Psicológico	Mãe ()	Pai ()	Desconhecido ()	Outros () _____
Negligência	Mãe ()	Pai ()	Desconhecido ()	Outros () _____
Abandono	Mãe ()	Pai ()	Desconhecido ()	Outros () _____

Outras síndromes especificadas de maus-tratos: _____

Síndrome não especificada de maus-tratos: _____

Descrição sumária do ocorrido:

IV - DADOS DO ATENDIMENTO (Incluir observações da anamnese e exame físico que sugiram a partir da caracterização de maus-tratos)

V - CONDUTA, ORIENTAÇÃO, ACOMPANHAMENTO E DESTINO DADO AO PACIENTE

Ficha encaminhada ao CONSELHO TUTELAR da CR _____ em ____/____/____

ATENÇÃO:

verso da ficha

Ver instrutivo no

assinatura e Carimbo da Direção

ANEXO 3 DO ANEXO X

TABELA DE HABILITAÇÃO DO CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES) (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Anexo 1)

Tabela de Habilitação do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

Código da habilitação	Nome da habilitação	Tipo de habilitação
14.16	Hospital Amigo da Criança	Centralizada

ANEXO 4 DO ANEXO X

TABELA DE PROCEDIMENTOS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO COM PERCENTUAL DE INCREMENTO EM HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Anexo 2)

TABELA DE PROCEDIMENTOS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO COM PERCENTUAL DE INCREMENTO EM HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA

Código	Procedimento	% Incremento
03.10.01.003-9	Parto Normal	17%
04.11.01.003-4	Parto Cesariano	8,5%
03.10.01.004-7	Parto Normal em Gestação de alto Risco	5%
04.11.01.002-6	Parto Cesariano em Gestação de Alto Risco	2,5%
04.11.01.004-2	Parto Cesariano Com Laqueadura Tubária	8,5%

ANEXO 5 DO ANEXO X

TABELA DE PROCEDIMENTOS DE ATENDIMENTO AO RECÉM NASCIDO EM SALA DE PARTO, COM PERCENTUAL DE INCREMENTO EM HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Anexo 3)

TABELA DE PROCEDIMENTOS DE ATENDIMENTO AO RECÉM NASCIDO EM SALA DE PARTO, COM PERCENTUAL DE INCREMENTO EM HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA

Código	Procedimento	% Incremento
03.10.01.002-0	Parto Normal	8,5%
	Parto Cesariano	8,5%
	Parto Normal em Gestação de alto Risco	8,5%
	Parto Cesariano em Gestação de Alto Risco	8,5%
	Parto Cesariano Com Laqueadura Tubária	8,5%

ANEXO 6 DO ANEXO X

MERCOSUL/GMC/RES. N° 04/05 (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Anexo 1)

Art. 1º Aprovar a "Informação Básica Comum para a Caderneta de Saúde da Criança", que consta como Anexo e faz parte da referida Resolução. (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Anexo 1, Art. 1º)

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
Centro de Documentação
ctd@saude.sp.gov.br

Art. 2º A Caderneta de Saúde da Criança deve incluir o período compreendido entre o nascimento e a idade definida por cada Estado Parte. (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Anexo 1, Art. 2º)

Art. 3º A informação básica comum deverá estar incluída na Caderneta de Saúde da Criança de cada Estado Parte. (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Anexo 1, Art. 3º)

Art. 4º Cada Estado Parte, de acordo com seu critério poderá agregar outros requisitos na normativa nacional ou local e/ou aumentar os requisitos referidos. (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Anexo 1, Art. 4º)

Art. 5º Os Estados Partes colocarão em vigência as disposições legislativas, regulamentares e administrativas necessárias para dar cumprimento à referida Resolução através dos seguintes organismos: (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Anexo 1, Art. 5º)

I - Argentina: Ministerio de Salud y Ambiente; (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Anexo 1, Art. 5º, I)

II - Brasil: Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Anexo 1, Art. 5º, II)

III - Paraguai: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; e (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Anexo 1, Art. 5º, III)

IV - Uruguai: Ministerio de Salud Pública. (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Anexo 1, Art. 5º, IV)

Art. 6º Os Estados Partes do MERCOSUL deverão incorporar a referida Resolução aos seus ordenamentos jurídicos nacionais antes de 31 de dezembro de 2005. (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Anexo 1, Art. 6º)

ANEXO 7 DO ANEXO X

INFORMAÇÃO BÁSICA COMUM PARA A CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Anexo 2)

INFORMAÇÃO BÁSICA COMUM PARA A CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA

Os conteúdos incluem:

1. Dados pessoais:

sobrenome(s)

nome(s)

sexo: M F

data de nascimento

local de nascimento

número e tipo de documento

endereço

2. Dados maternos:

sobrenome(s)

nome(s)

* número do documento

* local e data de nascimento

3. Dados paternos:

sobrenome(s)

nome(s)

* número do documento

* local e data de nascimento

4. Dados do responsável:

sobrenome(s)

nome(s)

* número do documento

* local e data de nascimento

*** No caso brasileiro, o cartão SUS da criança contemplará os dados referentes aos pais ou responsáveis.**

5. Dados da gravidez e parto:

gravidez:

nº de controles pré-natais pelo pessoal que os realizou (médico, enfermeira, outros)

gravidez: simples, múltipla

vacinas recebidas

sorologia: não, sim, resultados: negativo, positivo

tratamentos

grupo sanguíneo fator RH

tipo de parto: vaginal cefálica, vaginal podálica, cesárea, fórceps, outro

lugar: institucional ou não

f) patologias detectadas na gravidez, parto e puerpério

g) recém-nascido:

peso de nascimento, tamanho, perímetro cefálico

idade gestacional (semana)

Chorou ao nascer (em caso de parto não institucional): imediatamente ou demorou a chorar.

pontuação de APGAR: (parto institucional) com cinco minutos

reanimação: Não Sim

grupo sanguíneo RH

anormalidade e malformações detectadas

patologias intercorrente

h) alimentação na alta:

aleitamento materno exclusivo

mista

artificial

i) espaço para anotação de doenças padecidas e tratamentos efetuados. Contém data, idade, diagnóstico, assinatura e carimbo do médico responsável.

j) tabela de crescimento

k) alimentação

l) desenvolvimento até um ano de vida

m) calendário de vacinação, com as vacinas recebidas

n) espaço para observações referentes à saúde bucal, ocular e auditiva.

ANEXO 8 DO ANEXO X

REGULAMENTO DAS BRINQUEDOTECAS NAS UNIDADES DE SAÚDE (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1)

CAPÍTULO I

DOS OBJETIVOS

(Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, CAPÍTULO I)

Art. 1º A Lei nº 11.104, de 21 de março de 2005, tem por objetivo a obrigatoriedade, por parte dos hospitais que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação, de contarem com brinquedotecas em suas dependências. (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 1º)

Art. 2º Tornar a criança um parceiro ativo em seu processo de tratamento, aumentando a aceitabilidade em relação à internação hospitalar, de forma que sua permanência seja mais agradável. (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 2º)

CAPÍTULO II

DAS DEFINIÇÕES

(Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, CAPÍTULO II)

Art. 3º Entende-se por brinquedoteca o espaço provido de brinquedos e jogos educativos, destinado a estimular as crianças e seus acompanhantes a brincar, contribuindo para a construção e/ou fortalecimento das relações de vínculo e afeto entre as crianças e seu meio social. (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 3º)

Art. 4º Entende-se por atendimento pediátrico, para efeitos da Lei nº 11.104, de 21 de março de 2005, a atenção dispensada à criança de 28 dias a 12 anos, em regime de internação. (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 4º)

CAPÍTULO III
DAS DIRETRIZES
(Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, CAPÍTULO III)

Art. 5º Para o cumprimento do disposto nos artigos anteriores, deverão ser observadas as seguintes diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 5º)

I - os estabelecimentos hospitalares pediátricos deverão disponibilizar brinquedos variados, bem como propiciar atividades com jogos, brinquedos, figuras, leitura e entretenimento nas unidades de internação e tratamento pediátrico como instrumentos de aprendizagem educacional e de estímulos positivos na recuperação da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 5º, I)

II - tornar a criança um parceiro ativo em seu processo de tratamento, aumentando a aceitabilidade em relação à internação hospitalar, de forma que sua permanência seja mais agradável; (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 5º, II)

III - agregação de estímulos positivos ao processo de cura, proporcionando o brincar como forma de lazer, alívio de tensões e como instrumento privilegiado de crescimento e desenvolvimento infantil; (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 5º, III)

IV - ampliação do alcance do brincar para a família e os acompanhantes das crianças internadas, proporcionando momentos de diálogos entre os familiares, as crianças e a equipe, facilitando a integração entre os pacientes e o corpo funcional do hospital; e (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 5º, IV)

V - a implementação da brinquedoteca deverá ser precedida de um trabalho de divulgação e sensibilização junto à equipe do Hospital e de Voluntários, que deverá estimular e facilitar o acesso das crianças aos brinquedos, do jogos e aos livros. (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 5º, V)

CAPÍTULO IV
DO DIMENSIONAMENTO DA BRINQUEDOTECA
(Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, CAPÍTULO IV)

Art. 6º O dimensionamento da brinquedoteca deve atender à RDC/ANVISA nº 50/2002, conforme descrito na Tabela Unidade Funcional: 3 - Internação: (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 6º)

I - para os hospitais já em funcionamento e que não possuem condições de criar este ambiente específico é permitido compartilhamento com ambiente de refeitório desde que fiquem definidos os horários para o desenvolvimento de cada uma das atividades; (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 6º, I)

II - deve ser prevista uma área para guarda e higienização dos brinquedos; (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 6º, II)

III - a higienização dos brinquedos deve ser conforme o definido pela Comissão de Controle de Infecção do Hospital (CCIH); (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 6º, III)

IV - os horários de funcionamento devem ser definidos pela direção do hospital, tendo a criança livre acesso; e (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 6º, IV)

V - para as crianças impossibilitadas de andar ou sair do leito, os profissionais devem facilitar o acesso desses pacientes às atividades desenvolvidas pela brinquedoteca, dentro das enfermarias. (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 6º, V)

CAPÍTULO V
DOS PROFISSIONAIS
(Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, CAPÍTULO V)

Art. 7º A qualificação e o número de membros da equipe serão determinados pelas necessidades de cada instituição, podendo funcionar com equipes de profissionais especializados, equipes de voluntários ou equipes mistas. (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 7º)

CAPÍTULO VI

DO FINANCIAMENTO

(Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, CAPÍTULO VI)

Art. 8º O financiamento para a criação das brinquedotecas contarão com subsídios do próprio estabelecimento hospitalar pediátrico ou com subsídios externos nacionais ou estrangeiros, recursos públicos ou privados. (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 8º)

CAPÍTULO VII

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

(Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, CAPÍTULO VII)

Art. 9º O Ministério da Saúde estabelecerá as políticas e as diretrizes para a promoção, a prevenção e a recuperação da saúde da criança, cujas ações serão executadas pela Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS. (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 9º)

Art. 10. Para os fins previstos neste Regulamento, o Ministério da Saúde poderá promover os meios necessários para que os estados, os municípios e as entidades governamentais e não-governamentais atuem em prol da eficácia das ações de saúde da criança, observadas as diretrizes estabelecidas no art. 3º. (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 10)

Art. 11. Os casos omissos nesse Regulamento serão resolvidos com o apoio do Ministério da Saúde no que lhe couber. (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 11)

ANEXO XI

Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Origem: PRT MS/GM 2528/2006)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, na forma do Anexo 1 do Anexo XI. (Origem: PRT MS/GM 2528/2006, Art. 1º)

Art. 2º Os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política ora aprovada, promoverão a elaboração ou a readequação de seus programas, projetos e atividades em conformidade com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas. (Origem: PRT MS/GM 2528/2006, Art. 2º)

ANEXO 1 DO ANEXO XI

Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Origem: PRT MS/GM 2528/2006, Anexo 1)

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

No Brasil, o direito universal e integral à saúde foi conquistado pela sociedade na Constituição de 1988 e reafirmado com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90. Por esse direito, entende-se o acesso universal e equânime a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo a integralidade da atenção, indo ao encontro das diferentes realidades e necessidades de saúde da população e dos indivíduos. Esses preceitos constitucionais encontram-se reafirmados pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e as Normas Operacionais Básicas (NOB), editadas em 1991, 1993 e 1996, que, por sua vez, regulamentam e definem estratégias e movimentos táticos que orientam a operacionalidade do Sistema.

A regulamentação do SUS estabelece princípios e direciona a implantação de um modelo de atenção à saúde que priorize a descentralização, a universalidade, a integralidade da atenção, a equidade e o controle social, ao mesmo tempo em que incorpora, em sua organização, o princípio da territorialidade para facilitar o acesso das demandas populacionais aos serviços de saúde. Com o objetivo de reorganizar a prática assistencial é criado em 1994, pelo Ministério da Saúde, o Programa de Saúde da Família (PSF), tornando-se a estratégia setorial de reordenação do modelo de atenção à saúde, como eixo estruturante para reorganização da prática assistencial, imprimindo nova dinâmica nos serviços de saúde e

estabelecendo uma relação de vínculo com a comunidade, humanizando esta prática direcionada à vigilância na saúde, na perspectiva da intersetorialidade (Brasil, 1994), denominando-se não mais programa e sim Estratégia Saúde da Família (ESF).

Concomitante à regulamentação do SUS, o Brasil organiza-se para responder às crescentes demandas de sua população que envelhece. A Política Nacional do Idoso, promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, assegura direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS (Lei nº 8.842/94 e Decreto nº 1.948/96).

Em 1999, a Portaria Ministerial nº 1.395 anuncia a Política Nacional de Saúde do Idoso, a qual determina que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde relacionados ao tema promovam a elaboração ou a readequação de planos, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas (Brasil, 1999). Essa política assume que o principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária.

Em 2002, é proposta a organização e a implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso (Portaria nº 702/SAS/MS, de 2002), tendo como base as condições de gestão e a divisão de responsabilidades definida pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS). Como parte de operacionalização das redes, são criadas as normas para cadastramento de Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso (Portaria nº 249/SAS/MS, de 2002).

Em 2003, o Congresso Nacional aprova e o Presidente da República sanciona o Estatuto do Idoso, elaborado com intensa participação de entidades de defesa dos interesses dos idosos. O Estatuto do Idoso amplia a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa, mas não traz consigo meios para financiar as ações propostas. O Capítulo IV do Estatuto reza especificamente sobre o papel do SUS na garantia da atenção à saúde da pessoa idosa de forma integral, em todos os níveis de atenção.

Assim, embora a legislação brasileira relativa aos cuidados da população idosa seja bastante avançada, a prática ainda é insatisfatória. A vigência do Estatuto do Idoso e seu uso como instrumento para a conquista de direitos dos idosos, a ampliação da Estratégia Saúde da Família que revela a presença de idosos e famílias frágeis e em situação de grande vulnerabilidade social e a inserção ainda incipiente das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso tornaram imperiosa a readequação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI).

Em fevereiro de 2006, foi publicado, por meio da Portaria nº 399/GM, o documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde que contempla o Pacto pela Vida. Neste documento, a saúde do idoso aparece como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo sendo apresentada uma série de ações que visam, em última instância, à implementação de algumas das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso.

A publicação do Pacto pela Vida, particularmente no que diz respeito à saúde da população idosa, representa, sem sombra de dúvida, um avanço importante. Entretanto, muito há que se fazer para que o SUS dê respostas efetivas e eficazes às necessidades e demandas de saúde da população idosa brasileira. Dessa maneira, a participação da Comissão Intergestores Tripartite e do Conselho Nacional de Saúde, no âmbito nacional, é de fundamental importância para a discussão e formulação de estratégias de ação capazes de dar conta da heterogeneidade da população idosa e, por conseguinte, da diversidade de questões apresentadas.

Cabe destacar, por fim, que a organização da rede do SUS é fundamental para que as diretrizes dessa Política sejam plenamente alcançadas. Dessa maneira, torna-se imperiosa a revisão da Portaria nº 702/GM, de 12 de abril de 2002, que cria os mecanismos de organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso e a Portaria nº 249/SAS, de 16 de abril de 2002, com posterior pactuação na Comissão Intergestores Tripartite.

A meta final deve ser uma atenção à saúde adequada e digna para os idosos e idosas brasileiras, principalmente para aquela parcela da população idosa que teve, por uma série de razões, um processo de envelhecimento marcado por doenças e agravos que impõem sérias limitações ao seu bem-estar.

1. FINALIDADE

A finalidade primordial da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade.

Considerando:

- a) o contínuo e intenso processo de envelhecimento populacional brasileiro;
- b) os inegáveis avanços políticos e técnicos no campo da gestão da saúde;
- c) o conhecimento atual da Ciência;
- d) o conceito de saúde para o indivíduo idoso se traduz mais pela sua condição de autonomia e independência que pela presença ou ausência de doença orgânica;
- e) a necessidade de buscar a qualidade da atenção aos indivíduos idosos por meio de ações fundamentadas no paradigma da promoção da saúde;
- f) o compromisso brasileiro com a Assembléia Mundial para o Envelhecimento de 2002, cujo Plano de Madri fundamenta-se em: a) participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento e na luta contra a pobreza; (b) fomento à saúde e bem-estar na velhice: promoção do envelhecimento saudável; e (c) criação de um entorno propício e favorável ao envelhecimento; e
- g) escassez de recursos sócio-educativos e de saúde direcionados ao atendimento ao idoso;

A necessidade de enfrentamento de desafios como:

- a) a escassez de estruturas de cuidado intermediário ao idoso no SUS, ou seja, estruturas de suporte qualificado para idosos e seus familiares destinadas a promover intermediação segura entre a alta hospitalar e a ida para o domicílio;
- b) número insuficiente de serviços de cuidado domiciliar ao idoso frágil previsto no Estatuto do Idoso. Sendo a família, via de regra, a executora do cuidado ao idoso, evidencia-se a necessidade de se estabelecer um suporte qualificado e constante aos responsáveis por esses cuidados, tendo a atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família um papel fundamental;
- c) a escassez de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento em envelhecimento e saúde da pessoa idosa; e
- d) a implementação insuficiente ou mesmo a falta de implementação das Redes de Assistência à Saúde do Idoso.

2. JUSTIFICATIVA

O Brasil envelhece de forma rápida e intensa. No Censo de 2000, contava com mais de 14,5 milhões de idosos (IBGE, 2002), em sua maioria com baixo nível socioeconômico e educacional e com uma alta prevalência de doenças crônicas e causadoras de limitações funcionais e de incapacidades (Lima-Costa et al, 2003; Ramos, 2002). A cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira (IBGE, 2000). Essa transição demográfica repercute na área da saúde, em relação à necessidade de (re)organizar os modelos assistenciais (Lima-Costa & Veras, 2003). A maior causa de mortalidade entre idosos brasileiros é o acidente vascular cerebral (Lima-Costa et al., 2000). Na transição epidemiológica brasileira ocorrem incapacidades resultantes do não-controle de fatores de risco preveníveis (Lima-Costa et al., 2003).

O sistema de saúde brasileiro tradicionalmente está organizado para atender à saúde materno-infantil e não tem considerado o envelhecimento como uma de suas prioridades. Uma importante consequência do aumento do número de pessoas idosas em uma população é que esses indivíduos provavelmente apresentarão um maior número de doenças e/ou condições crônicas que requerem mais serviços sociais e médicos e por mais tempo (Firmo et al, 2003). Isso já pode ser notado, uma vez que a população idosa, que hoje representa cerca de 9% da população, consome mais de 26% dos recursos de internação hospitalar no SUS (Lima-Costa et al, 2000). Além disso, é notável a carência de profissionais qualificados para o cuidado ao idoso, em todos os níveis de atenção. Outro fato importante a ser considerado é que saúde para a população idosa não se restringe ao controle e à prevenção de agravos de doenças crônicas não-transmissíveis. Saúde da pessoa idosa é a interação entre a saúde física, a saúde mental, a independência financeira, a capacidade funcional e o suporte social (Ramos, 2002).

As políticas públicas de saúde, objetivando assegurar atenção a toda população, têm dado visibilidade a um segmento populacional até então pouco notado pela saúde pública - os idosos e as idosas com alto grau de dependência funcional -. É possível a criação de ambientes físicos, sociais e atitudinais que possibilitem melhorar a saúde das pessoas com incapacidades tendo como uma das metas ampliar a participação social dessas pessoas na sociedade (Lollar & Crews, 2002). Por isso mesmo, é imprescindível oferecer cuidados sistematizados e adequados a partir dos recursos físicos, financeiros e humanos de que se dispõe hoje.

2.1. O Grande Desafio: o Envelhecimento Populacional em Condição de Desigualdade Social e de Gênero
Envelhecimento populacional é definido como a mudança na estrutura etária da população, o que produz um aumento do peso relativo das pessoas acima de determinada idade, considerada como definidora do início da velhice (Carvalho & Garcia, 2003). No Brasil, é definida como idosa a pessoa que tem 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2003).

Nos últimos 60 anos, o número absoluto de pessoas com 60 anos ou mais de idade aumentou nove vezes (Beltrão, Camarano e Kanso, 2004). Não só a população brasileira está envelhecendo, mas a proporção da população "mais idosa", ou seja, a de 80 anos ou mais de idade, também está aumentando, alterando a composição etária dentro do próprio grupo. Significa dizer que a população idosa também está envelhecendo (Camarano et al, 1999). Em 2000, esse segmento representou 12,6% do total da população idosa brasileira. Isso leva a uma heterogeneidade do segmento idoso brasileiro, havendo no grupo pessoas em pleno vigor físico e mental e outras em situações de maior vulnerabilidade (Camarano et al, 2004).

O envelhecimento é também uma questão de gênero. Cinquenta e cinco por cento da população idosa são formados por mulheres. A proporção do contingente feminino é tanto mais expressiva quanto mais idoso for o segmento. Essa predominância feminina se dá em zonas urbanas. Nas rurais, predominam os homens, o que pode resultar em isolamento e abandono dessas pessoas (Camarano et al, 2004; Camarano et al, 1999; Saad, 1999).

Quanto ao local de moradia, os idosos podem estar no ambiente familiar ou em instituições de longa permanência para idosos (ILPI). Cuidados institucionais não são prática generalizada nas sociedades latinas. É consenso entre as mais variadas especialidades científicas que a permanência dos idosos em seus núcleos familiares e comunitários contribui para o seu bem-estar (Camarano & Pasinato, 2004). No entanto, os dados referentes à população idosa institucionalizada no Brasil são falhos. Em 2002, a Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados publicou o relatório "V Caravana Nacional de Direitos Humanos: uma amostra da Realidade dos Abrigos e Asilos de Idosos no Brasil". De acordo com o relatório, havia cerca de 19.000 idosos institucionalizados em todo o País, o que representa 0,14% do total de idosos brasileiros. É de se esperar que esse número seja bem maior levando-se em conta que muitas das instituições asilares não são cadastradas e que grande parte funciona na clandestinidade.

A heterogeneidade do grupo de idosos, seja em termos etários, de local de moradia ou socioeconômicos, acarreta demandas diferenciadas, o que tem rebatimento na formulação de políticas públicas para o segmento (Camarano et al, 2004).

O envelhecimento populacional desafia a habilidade de produzir políticas de saúde que respondam às necessidades das pessoas idosas. A proporção de usuários idosos de todos os serviços prestados tende a ser cada vez maior, quer pelo maior acesso às informações do referido grupo etário, quer pelo seu expressivo aumento relativo e absoluto na população brasileira. (Lima-Costa & Veras, 2003).

Além disso, os idosos diferem de acordo com a sua história de vida, com seu grau de independência funcional e com a demanda por serviços mais ou menos específicos. Todos necessitam, contudo, de uma avaliação pautada no conhecimento do processo de envelhecimento e de suas peculiaridades e adaptada à realidade sócio-cultural em que estão inseridos. Faz-se, portanto, necessário que os serviços que prestam atendimento a idosos respondam a necessidades específicas e distingam-se pela natureza da intensidade dos serviços que ofereçam.

Cumprir notar que os idosos são potenciais consumidores de Serviços de Saúde e de Assistência. Esse grupo sabidamente apresenta uma grande carga de doenças crônicas e incapacitantes, quando comparado a outros grupos etários (Lima-Costa et al, 2003a; Lima-Costa et al, 2003b; Caldas, 2003). Disso resulta uma demanda crescente por serviços sociais e de saúde (Lima-Costa & Veras, 2003).

2.2. Contextualização: Responder às Demandas das Pessoas Idosas mais Frágeis dentre a População em Maior Risco de Vulnerabilidade

O envelhecimento populacional cursa com o aumento de doenças e condições que podem levar a incapacidade funcional. Para Verbrugge & Jette (1994), a incapacidade funcional é a dificuldade experimentada em realizar atividades em qualquer domínio da vida devido a um problema físico ou de saúde. Ela também pode ser entendida como a distância entre a dificuldade apresentada e os recursos pessoais e ambientais de que dispõe para superá-la (Hébert, 2003). Incapacidade é mais um processo do que um estado estático (Iezzoni, 2002). A Organização Mundial de Saúde (OMS) em sua Classificação Internacional de Funções, Incapacidade e Saúde (CIF, 2001) vê a incapacidade e as funções de uma pessoa como a interação dinâmica entre condições de saúde - doenças, lesões, traumas etc - e fatores contextuais, incluindo atributos pessoais e ambientais. A dependência é a expressão da dificuldade ou incapacidade em realizar uma atividade específica por causa de um problema de saúde (Hébert, 2003). No entanto, cabe enfatizar que a existência de uma incapacidade funcional, independentemente de sua origem, é o que determina a necessidade de um cuidador (Néri & Sommerhalder, 2002).

Incapacidade funcional e limitações físicas, cognitivas e sensoriais não são conseqüências inevitáveis do envelhecimento. A prevalência da incapacidade aumenta com a idade, mas a idade sozinha não prediz incapacidade (Lollar & Crews, 2002). Mulheres, minorias e pessoas de baixo poder socioeconômico são particularmente vulneráveis (Freedman, Martin e Schoeni, 2002). Independentemente de sua etiologia, pessoas com incapacidade estão em maior risco para problemas de saúde e afins (Lollar & Crews, 2002). A presença de incapacidade é ônus para o indivíduo, para a família, para o sistema de saúde e para a sociedade (Giacomin et al., 2004).

Estudos brasileiros de base populacional em idosos apontam a existência de incapacidade entre idosos em cifras que variam de 2 a 45% dos idosos (Giacomin et al., 2005; Duarte, 2003; Lima-Costa, 2003; Rosa et al; 2003), dependendo da idade e do sexo.

Assim, torna-se imprescindível incluir a condição funcional ao se formularem políticas para a saúde dos idosos e responder, prioritariamente, às pessoas idosas que já apresentem alta dependência.

3. DIRETRIZES

Não se fica velho aos 60 anos. O envelhecimento é um processo natural que ocorre ao longo de toda a experiência de vida do ser humano, por meio de escolhas e de circunstâncias. O preconceito contra a velhice e a negação da sociedade quanto a esse fenômeno colaboram para a dificuldade de se pensar políticas específicas para esse grupo. Ainda há os que pensam que se investe na infância e se gasta na velhice. Deve ser um compromisso de todo gestor em saúde compreender que, ainda que os custos de hospitalizações e cuidados prolongados sejam elevados na parcela idosa, também aí está se investindo na velhice “Quando o envelhecimento é aceito como um êxito, o aproveitamento da competência, experiência e dos recursos humanos dos grupos mais velhos é assumido com naturalidade, como uma vantagem para o crescimento de sociedades humanas maduras e plenamente integradas” (Plano de Madri, Artigo 6º).

Envelhecer, portanto, deve ser com saúde, de forma ativa, livre de qualquer tipo de dependência funcional, o que exige promoção da saúde em todas as idades. Importante acrescentar que muitos idosos brasileiros envelheceram e envelhecem apesar da falta de recursos e da falta de cuidados específicos de promoção e de prevenção em saúde. Entre esses estão os idosos que vivem abaixo da linha de pobreza, analfabetos, os seqüelados de acidentes de trabalho, os amputados por arteriopatas, os hemiplégicos, os idosos com síndromes demenciais, e para eles também é preciso achar respostas e ter ações específicas.

São apresentadas abaixo as diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa:

- a) promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- b) atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa;
- c) estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;
- d) provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- e) estímulo à participação e fortalecimento do controle social;
- f) formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;

g) divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;

h) promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e

i) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

3.1. Promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável

A promoção do envelhecimento ativo, isto é, envelhecer mantendo a capacidade funcional e a autonomia, é reconhecidamente a meta de toda ação de saúde. Ela permeia todas as ações desde o pré-natal até a fase da velhice. A abordagem do envelhecimento ativo baseia-se no reconhecimento dos direitos das pessoas idosas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e autorrealização determinados pela Organização das Nações Unidas (WHO, 2002). Para tanto é importante entender que as pessoas idosas constituem um grupo heterogêneo. Também será necessário vencer preconceitos e discutir mitos arraigados em nossa cultura. Os profissionais de saúde e a comunidade devem perceber que a prevenção e a promoção de saúde não é privilégio apenas dos jovens. A promoção não termina quando se faz 60 anos e as ações de prevenção, sejam elas primárias, secundárias ou terciárias, devem ser incorporadas à atenção à saúde, em todas as idades.

Envelhecimento bem sucedido pode ser entendido a partir de seus três componentes: (a) menor probabilidade de doença; (b) alta capacidade funcional física e mental; e (c) engajamento social ativo com a vida (Kalache & Kickbush, 1997; Rowe & Kahn, 1997; Healthy People 2000). O Relatório Healthy People 2000 da OMS enfatiza em seus objetivos: aumentar os anos de vida saudável, reduzir disparidades na saúde entre diferentes grupos populacionais e assegurar o acesso a serviços preventivos de saúde. Além disso, é preciso incentivar e equilibrar a responsabilidade pessoal - cuidado consigo mesmo - ambientes amistosos para a faixa etária e solidariedade entre gerações. As famílias e indivíduos devem se preparar para a velhice, esforçando-se para adotar uma postura de práticas saudáveis em todas as fases da vida (OMS, 2002).

Com a perspectiva de ampliar o conceito de “envelhecimento saudável”, a Organização Mundial da Saúde propõe “Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde” (2005), ressaltando que o governo, as organizações internacionais e a sociedade civil devam implementar políticas e programas que melhorem a saúde, a participação e a segurança da pessoa idosa. Considerando o cidadão idoso não mais como passivo, mas como agente das ações a eles direcionadas, numa abordagem baseada em direitos, que valorize os aspectos da vida em comunidade, identificando o potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida.

Aproveitar todas as oportunidades para:

a) desenvolver e valorizar o atendimento acolhedor e resolutivo à pessoa idosa, baseado em critérios de risco;

b) informar sobre seus direitos, como ser acompanhado por pessoas de sua rede social (livre escolha) e quem são os profissionais que cuidam de sua saúde;

c) valorizar e respeitar a velhice;

d) estimular a solidariedade para com esse grupo etário;

e) realizar ações de prevenção de acidentes no domicílio e nas vias públicas, como quedas e atropelamentos;

f) realizar ações integradas de combate à violência doméstica e institucional contra idosos e idosas;

g) facilitar a participação das pessoas idosas em equipamentos sociais, grupos de terceira idade, atividade física, conselhos de saúde locais e conselhos comunitários onde o idoso possa ser ouvido e apresentar suas demandas e prioridades;

h) articular ações e ampliar a integração entre as secretarias municipais e as estaduais de saúde, e os programas locais desenvolvidos para a difusão da atividade física e o combate ao sedentarismo;

- i) promover a participação nos grupos operativos e nos grupos de convivência, com ações de promoção, valorização de experiências positivas e difusão dessas na rede, nortear e captar experiências;
- j) informar e estimular a prática de nutrição balanceada, sexo seguro, imunização e hábitos de vida saudáveis;
- k) realizar ações motivadoras ao abandono do uso de álcool, tabagismo e sedentarismo, em todos os níveis de atenção;
- l) promover ações grupais integradoras com inserção de avaliação, diagnóstico e tratamento da saúde mental da pessoa idosa;
- m) reconhecer e incorporar as crenças e modelos culturais dos usuários em seus planos de cuidado, como forma de favorecer a adesão e a eficiência dos recursos e tratamentos disponíveis;
- n) promover a saúde por meio de serviços preventivos primários, tais como a vacinação da população idosa, em conformidade com a Política Nacional de Imunização;
- o) estimular programas de prevenção de agravos de doenças crônicas não-transmissíveis em indivíduos idosos;
- p) implementar ações que contraponham atitudes preconceituosas e sejam esclarecedoras de que envelhecimento não é sinônimo de doença;
- q) disseminar informação adequada sobre o envelhecimento para os profissionais de saúde e para toda a população, em especial para a população idosa;
- r) implementar ações para reduzir hospitalizações e aumentar habilidades para o autocuidado dos usuários do SUS;
- s) incluir ações de reabilitação para a pessoa idosa na atenção primária de modo a intervir no processo que origina a dependência funcional;
- t) investir na promoção da saúde em todas as idades; e
- u) articular as ações do SUS com o Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

3.2. Atenção Integral e Integrada à Saúde da Pessoa Idosa A atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa deverá ser estruturada nos moldes de uma linha de cuidados, com foco no usuário, baseado nos seus direitos, necessidades, preferências e habilidades; estabelecimento de fluxos bidirecionais funcionantes, aumentando e facilitando o acesso a todos os níveis de atenção; providos de condições essenciais - infraestrutura física adequada, insumos e pessoal qualificado para a boa qualidade técnica. Instrumentos gerenciais baseados em levantamento de dados sobre a capacidade funcional (inventários funcionais) e sócio-familiares da pessoa idosa deverão ser implementados pelos gestores municipais e estaduais do SUS, para que haja a participação de profissionais de saúde e usuários na construção de planos locais de ações para enfrentamento das dificuldades inerentes à complexidade de saúde da pessoa idosa.

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

Incorporação, na atenção especializada, de mecanismos que fortaleçam a atenção à pessoa idosa: reestruturação e implementação das Redes Estaduais de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, visando a integração efetiva com a atenção básica e os demais níveis de atenção, garantindo a integralidade da atenção, por meio do estabelecimento de fluxos de referência e contra-referência; e implementando de forma efetiva modalidades de atendimento que correspondam às necessidades da população idosa, com abordagem multiprofissional e interdisciplinar, sempre que possível. Contemplando também fluxos de retaguarda para a rede hospitalar e demais especialidades, disponíveis no SUS.

A prática de cuidados às pessoas idosas exige abordagem global, interdisciplinar e multidimensional, que leve em conta a grande interação entre os fatores físicos, psicológicos e sociais que influenciam a saúde dos idosos e a importância

do ambiente no qual está inserido. A abordagem também precisa ser flexível e adaptável às necessidades de uma clientela específica. A identificação e o reconhecimento da rede de suporte social e de suas necessidades também fazem parte da avaliação sistemática, objetivando prevenir e detectar precocemente o cansaço das pessoas que cuidam. As intervenções devem ser feitas e orientadas com vistas à promoção da autonomia e independência da pessoa idosa, estimulando-a para o autocuidado. Grupos de autoajuda entre as pessoas que cuidam devem ser estimulados.

Uma abordagem preventiva e uma intervenção precoce são sempre preferíveis às intervenções curativas tardias. Para tanto, é necessária a vigilância de todos os membros da equipe de saúde, a aplicação de instrumentos de avaliação e de testes de triagem, para detecção de distúrbios cognitivos, visuais, de mobilidade, de audição, de depressão e do comprometimento precoce da funcionalidade, dentre outros.

O modelo de atenção à saúde baseado na assistência médica individual não se mostra eficaz na prevenção, educação e intervenção, em questões sociais, ficando muitas vezes restritas às complicações advindas de afecções crônicas. A cada etapa de intervenção os profissionais deverão considerar os anseios do idoso e de sua família. Pressupondo-se troca de informações e negociação das expectativas de cada um, levando-se em consideração elementos históricos do paciente, seus recursos individuais e sociais e aqueles da rede de suporte social disponível no local.

Um dos instrumentos gerenciais imprescindíveis é a implementação da avaliação funcional individual e coletiva. A partir da avaliação funcional coletiva determina-se a pirâmide de risco funcional, estabelecida com base nas informações relativas aos critérios de risco da população assistida pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de cada município. Verifica-se como está distribuída a população adscrita à equipe do Saúde da Família, com base no inventário de risco funcional. Nos municípios que não dispõem da Estratégia Saúde da Família, as equipes das UBS poderão ser responsáveis por esse levantamento e acompanhamento. Assim, é possível conhecer qual a proporção de idosos que vivem em Instituições de Longa Permanência para Idosos, a proporção daqueles com alta dependência funcional - acamados -, a proporção dos que já apresentam alguma incapacidade funcional para atividades básicas da vida diária (AVD) - como tomar banho, vestir-se, usar o banheiro, transferir-se da cama para a cadeira, ser continente e alimentar-se com a própria mão - e qual a proporção de idosos independentes.

Considera-se o idoso independente aquele que é capaz de realizar sem dificuldades e sem ajuda todas as atividades de vida diária citadas acima. Esses idosos comporão a base da pirâmide.

Indivíduos idosos, mesmo sendo independentes, mas que apresentem alguma dificuldade nas atividades instrumentais de vida diária (AIVD) - preparar refeições, controlar a própria medicação, fazer compras, controlar o próprio dinheiro, usar o telefone, fazer pequenas tarefas e reparos domésticos e sair de casa sozinho utilizando uma condução coletiva -, são considerados idosos com potencial para desenvolver fragilidade e por isso merecerão atenção específica pelos profissionais de saúde e devem ser acompanhados com maior frequência.

Considera-se idoso frágil ou em situação de fragilidade aquele que: vive em ILPI, encontra-se acamado, esteve hospitalizado recentemente por qualquer razão, apresenta doenças sabidamente causadoras de incapacidade funcional - acidente vascular encefálico, síndromes demenciais e outras doenças neurodegenerativas, etilismo, neoplasia terminal, amputações de membros -, encontra-se com pelo menos uma incapacidade funcional básica, ou viva situações de violência doméstica. Por critério etário, a literatura estabelece que também é frágil o idoso com 75 anos ou mais de idade. Outros critérios poderão ser acrescidos ou modificados de acordo com as realidades locais.

Uma vez conhecida a condição de fragilidade, será necessário avaliar os recursos locais para lidar com ela, de modo a facilitar o cuidado domiciliar, incluir a pessoa que cuida no ambiente familiar como um parceiro da equipe de cuidados, fomentar uma rede de solidariedade para com o idoso frágil e sua família, bem como promover a reinserção da parcela idosa frágil na comunidade.

De acordo com a condição funcional da pessoa idosa serão estabelecidas ações de atenção primária, de prevenção - primária, secundária e terciária -, de reabilitação, para a recuperação da máxima autonomia funcional, prevenção do declínio funcional, e recuperação da saúde. Estarão incluídas nessas ações o controle e a prevenção de agravos de doenças crônicas não-transmissíveis.

Todo profissional deve procurar promover a qualidade de vida da pessoa idosa, quando chamado a atendê-la. É importante viver muito, mas é fundamental viver bem. Preservar a autonomia e a independência funcional das pessoas idosas deve ser a meta em todos os níveis de atenção.

Ficam estabelecidos, portanto, os dois grandes eixos norteadores para a integralidade de ações: o enfrentamento de fragilidades, da pessoa idosa, da família e do sistema de saúde; e a promoção da saúde e da integração social, em todos os níveis de atenção.

3.3. Estímulo às Ações Intersetoriais, visando à Integralidade da Atenção

A prática da intersetorialidade pressupõe o reconhecimento de parceiros e de órgãos governamentais e não-governamentais que trabalham com a população idosa. A organização do cuidado intersetorial a essa população evita duplicidade de ações, corrige distorções e potencializa a rede de solidariedade.

As ações intersetoriais visando à integralidade da atenção à saúde da pessoa idosa devem ser promovidas e implementadas, considerando as características e as necessidades locais.

3.4. Provimento de Recursos Capazes de Assegurar Qualidade da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa Deverão ser definidas e pactuadas com os estados, o Distrito Federal e os municípios as formas de financiamento que ainda não foram regulamentadas, para aprimoramento da qualidade técnica da atenção à saúde prestada à pessoa idosa. Os mecanismos e os fluxos de financiamento devem ter por base as programações ascendentes de estratégias que possibilitem a valorização do cuidado humanizado ao indivíduo idoso. Abaixo são apresentados os itens prioritários para a pactuação:

a) provimento de insumos, de suporte em todos os níveis de atenção, prioritariamente na atenção domiciliar inclusive medicamentos;

b) provimento de recursos para adequação de estrutura física dos serviços próprios do SUS;

c) provimento de recursos para ações de qualificação e de capacitação de recursos humanos, e incremento da qualidade técnica dos profissionais de saúde do SUS na atenção à pessoa idosa;

d) produção de material de divulgação e informativos sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, normas técnicas e operacionais, protocolos e manuais de atenção, para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;

e) implementação de procedimento ambulatorial específico para a avaliação global do idoso; e

f) determinação de critérios mínimos de estrutura, processo e resultados, com vistas a melhorar o atendimento à população idosa, aplicáveis às unidades de saúde do SUS, de modo que a adequação a esses critérios seja incentivada e mereça reconhecimento.

3.5. Estímulo à Participação e Fortalecimento do Controle Social

Deve-se estimular a inclusão nas Conferências Municipais e Estaduais de Saúde de temas relacionados à atenção à população idosa, incluindo o estímulo à participação de cidadãos e cidadãs idosos na formulação e no controle social das ações deliberadas nessas Conferências.

Devem ser estimulados e implementados os vínculos dos serviços de saúde com os seus usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunitários, criando, assim, condições para uma efetiva participação e controle social da parcela idosa da população.

3.6. Divulgação e Informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para Profissionais de Saúde, Gestores e Usuários do SUS

As medidas a serem adotadas buscarão:

a) incluir a PNSPI na agenda de atividades da comunicação social do SUS;

b) produzir material de divulgação, tais como cartazes, cartilhas, folhetos e vídeos;

c) promover ações de informação e divulgação da atenção à saúde da pessoa idosa, respeitando as especificidades regionais e culturais do País e direcionadas aos trabalhadores, aos gestores, aos conselheiros de saúde, bem como aos docentes e discentes da área de saúde e à comunidade em geral;

d) apoiar e fortalecer ações inovadoras de informação e divulgação sobre a atenção à saúde da pessoa idosa em diferentes linguagens culturais;

e) identificar, articular e apoiar experiências de educação popular, informação e comunicação em atenção à saúde da pessoa idosa; e

f) prover apoio técnico e/ou financeiro a projetos de qualificação de profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família e no Programa de Agentes Comunitários de Saúde, para atuação na área de informação, comunicação e educação popular em atenção à saúde da pessoa idosa.

3.7. Promoção de Cooperação Nacional e Internacional das Experiências na Atenção à Saúde da Pessoa Idosa Devem-se fomentar medidas que visem à promoção de cooperação nacional e internacional das experiências bem sucedidas na área do envelhecimento, no que diz respeito à atenção à saúde da pessoa idosa, à formação técnica, à educação em saúde e a pesquisas.

3.8. Apoio ao Desenvolvimento de Estudos e Pesquisas Apoiar o desenvolvimento de estudos e pesquisas que avaliem a qualidade e aprimorem a atenção de saúde à pessoa idosa. Identificar e estabelecer redes de apoio com instituições formadoras, associativas e representativas, universidades, faculdades e órgãos públicos nas três esferas, visando:

a) fomentar pesquisas em envelhecimento e saúde da pessoa idosa;

b) identificar e apoiar estudos/pesquisas relativos ao envelhecimento e à saúde da pessoa idosa existentes no Brasil, com o objetivo de socializar, divulgar e embasar novas investigações;

c) criar banco de dados de pesquisadores e pesquisas em envelhecimento e saúde da pessoa idosa realizadas no Brasil, interligando-o com outros bancos de abrangência internacional;

d) identificar e divulgar as potenciais linhas de financiamento - Ministério da Ciência e Tecnologia, Fundações Estaduais de Amparo à Pesquisa, terceiro setor e outros - para a pesquisa em envelhecimento e saúde da pessoa idosa;

e) apoiar a realização de estudo sobre representações sociais, junto a usuários e profissionais de saúde sobre a saúde da pessoa idosa;

f) priorizar as linhas de pesquisas em envelhecimento e saúde da pessoa idosa a serem implementadas pelo SUS, visando o aprimoramento e a consolidação da atenção à saúde da pessoa idosa no SUS; e

g) implementar um banco de dados nacional com resultados de avaliação funcional da população idosa brasileira.

4. RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS

Caberá aos gestores do SUS, em todos os níveis, de forma articulada e conforme suas competências específicas, prover os meios e atuar para viabilizar o alcance do propósito desta Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

4.1. Gestor Federal

a) elaborar normas técnicas referentes à atenção à saúde da pessoa idosa no SUS;

b) definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, considerando que o financiamento do SUS é de competência das três esferas de governo;

c) estabelecer diretrizes para a qualificação e educação permanente em saúde da pessoa idosa;

d) manter articulação com os estados e municípios para apoio à implantação e supervisão das ações;

- e) promover articulação intersetorial para a efetivação desta Política Nacional;
- f) estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto da implantação/implementação desta Política;
- g) divulgar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa; e
- h) estimular pesquisas nas áreas de interesse do envelhecimento e da atenção à saúde da pessoa idosa, nos moldes do propósito e das diretrizes desta Política.

4.2. Gestor Estadual

- a) elaborar normas técnicas referentes à atenção à saúde da pessoa idosa no SUS;
- b) definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, considerando que o financiamento do SUS é de competência das três esferas de governo;
- c) Discutir e pactuar na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) as estratégias e metas a serem alcançadas por essa Política a cada ano;
- d) promover articulação intersetorial para a efetivação da Política;
- e) implementar as diretrizes da educação permanente e qualificação em consonância com a realidade loco regional;
- f) estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e a avaliação do impacto da implantação/implementação desta Política;
- g) manter articulação com municípios para apoio à implantação e supervisão das ações;
- h) divulgar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa;
- i) exercer a vigilância sanitária no tocante a Saúde da Pessoa Idosa e a ações decorrentes no seu âmbito; e
- j) apresentar e aprovar proposta de inclusão da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa no Conselho Estadual de Saúde.

4.3. Gestor Municipal:

- a) elaborar normas técnicas referentes à atenção à saúde da pessoa idosa no SUS;
- b) definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, considerando que o financiamento do SUS é de competência das três esferas de governo;
- c) discutir e pactuar na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) as estratégias e metas a serem alcançadas por essa Política a cada ano;
- d) promover articulação intersetorial para a efetivação da Política;
- e) estabelecer mecanismos para a qualificação dos profissionais do sistema local de saúde;
- f) estabelecer instrumentos de gestão e indicadores para o acompanhamento e a avaliação do impacto da implantação/implementação da Política;
- g) divulgar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa; e
- h) apresentar e aprovar proposta de inclusão da Política de Saúde da Pessoa Idosa no Conselho Municipal de Saúde.

5. ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL

As diretrizes aqui definidas implicam o desenvolvimento de um amplo conjunto de ações, que requerem o compartilhamento de responsabilidades com outros setores. Nesse sentido, os gestores do SUS deverão estabelecer, em suas respectivas áreas de abrangência, processos de articulação permanente, visando ao estabelecimento de parcerias e a integração institucional que viabilizem a consolidação de compromissos multilaterais efetivos. Será buscada, igualmente, a participação de diferentes segmentos da sociedade, que estejam direta ou indiretamente relacionadas com a presente Política. No âmbito federal, o Ministério da Saúde articulará com os diversos setores do Poder Executivo em suas respectivas competências, de modo a alcançar os objetivos a seguir explicitados.

5.1. Educação

a) inclusão nos currículos escolares de disciplinas que abordem o processo do envelhecimento, a desmistificação da senescência, como sendo diferente de doença ou de incapacidade, valorizando a pessoa idosa e divulgando as medidas de promoção e prevenção de saúde em todas as faixas etárias;

b) adequação de currículos, metodologias e material didático de formação de profissionais na área da saúde, visando ao atendimento das diretrizes fixadas nesta Política;

c) incentivo à criação de Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia nas instituições de ensino superior, que possam atuar de forma integrada com o SUS, mediante o estabelecimento de referência e contra-referência de ações e serviços para o atendimento integral dos indivíduos idosos e a capacitação de equipes multiprofissionais e interdisciplinares, visando à qualificação contínua do pessoal de saúde nas áreas de gerência, planejamento, pesquisa e assistência à pessoa idosa;

d) discussão e readequação de currículos e programas de ensino nas instituições de ensino superior abertas para a terceira idade, consoante às diretrizes fixadas nesta Política.

5.2. Previdência Social

a) realização de estudos e pesquisas de cunho epidemiológico junto aos segurados, relativos às doenças e agravos mais prevalentes nesta faixa etária, sobretudo quanto aos seus impactos no indivíduo, na família, na sociedade, na previdência social e no setor saúde; e

b) elaboração de programa de trabalho conjunto direcionado aos indivíduos idosos segurados, consoante às diretrizes fixadas nesta Política.

5.3. Sistema Único de Assistência Social:

a) reconhecimento do risco social da pessoa idosa como fator determinante de sua condição de saúde;

b) elaboração de inquérito populacional para levantamento e estratificação das condições de risco social da população idosa brasileira;

c) elaboração de medidas, com o apontamento de soluções, para abordagem da população idosa sob risco social;

d) criação de mecanismos de monitoramento de risco social individual, de fácil aplicabilidade e utilização por profissionais da atenção básica do SUS e do SUAS;

e) difusão de informações relativas à preservação da saúde e à prevenção ou recuperação de incapacidades;

f) inclusão das diretrizes aqui estabelecidas em seus programas de educação continuada;

g) implantação de política de atenção integral aos idosos residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos;

h) promoção da formação de grupos sócio-educativos e de autoajuda entre os indivíduos idosos, principalmente para aqueles com doenças e agravos mais prevalentes nesta faixa etária;

i) implantação e implementação de Centros de Convivência e Centros-Dia, conforme previsto no Decreto nº 1948/96;

j) apoio à construção de Políticas Públicas de Assistência Social que considerem as pessoas, suas circunstâncias e o suporte social e que atuem como aliadas no processo de desenvolvimento humano e social, e não como tuteladora e assistencialista, tanto na proteção social básica, como na proteção social especial;

k) compromisso com a universalização do direito, inclusão social, equidade, descentralização e municipalização das ações, respeitando a dignidade do cidadão e sua autonomia, favorecendo o acesso à informação, aos benefícios e aos serviços de qualidade, bem como à convivência familiar e comunitária; e

l) desenvolvimento de ações de enfrentamento à pobreza.

5.4. Trabalho e Emprego:

a) elaboração, implantação e implementação de programas de preparação para a aposentadoria nos setores público e privado;

b) implantação de ações para a eliminação das discriminações no mercado de trabalho e a criação de condições que permitam a inserção da pessoa idosa na vida socioeconômica das comunidades; e

c) levantamento dos indivíduos idosos já aposentados e que retornaram ao mercado de trabalho, identificando as condições em que atuam no mercado, de forma a coibir abusos e explorações.

5.5. Desenvolvimento Urbano:

a) implantação de ações para o cumprimento das leis de acessibilidade (Decreto Lei nº 5296/2004), de modo a auxiliar na manutenção e no apoio à independência funcional da pessoa idosa; e

b) promoção de ações educativas dirigidas aos agentes executores e beneficiários de programas habitacionais quanto aos riscos ambientais à capacidade funcional dos indivíduos idosos.

5.6. Transportes:

a) implantação de ações que permitam e/ou facilitem o deslocamento do cidadão idoso, sobretudo aquele que já apresenta dificuldades de locomoção, tais como elevatórias para acesso aos ônibus na porta de hospitais, rampas nas calçadas, bancos mais altos nas paradas de ônibus. Em conformidade com a Lei da Acessibilidade, Decreto Lei nº 5296, de 2 de dezembro de 2004.

5.7. Justiça e Direitos Humanos:

a) promoção e defesa dos direitos da pessoa idosa, no tocante às questões de saúde, mediante o acompanhamento da aplicação das disposições contidas na Lei nº 8.842/94 e seu regulamento (Decreto nº 1.948/96), bem como a Lei nº 10.741/2003, que estabelece o Estatuto do Idoso.

5.8. Esporte e Lazer

a) estabelecimento de parceria para a implementação de programas de atividades físicas e recreativas destinados às pessoas idosas.

5.9. Ciência e Tecnologia:

Fomento à pesquisa na área do envelhecimento, da geriatria e da gerontologia, por intermédio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), e demais órgãos de incentivo à pesquisa, contemplando estudos e pesquisas que estejam, prioritariamente, alinhados com as diretrizes propostas nesta Política.

6. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

A operacionalização desta Política compreenderá a sistematização de processo contínuo de acompanhamento e avaliação, que permita verificar o alcance de seu propósito - e, conseqüentemente, o seu impacto sobre a saúde dos indivíduos idosos -, bem como proceder a eventuais adequações que se fizerem necessárias.

Esse processo exigirá a definição de critérios, parâmetros, indicadores e metodologia específicos, capazes de evidenciar, também, a repercussão das medidas levadas a efeito por outros setores, que resultaram da ação articulada preconizada nesta Política, bem como a observância dos compromissos internacionais assumidos pelo País em relação à atenção à saúde dos indivíduos idosos. É importante considerar que o processo de acompanhamento e avaliação referido será apoiado, sobretudo para a aferição de resultados no âmbito interno do setor, pelas informações produzidas pelos diferentes planos, programas, projetos, ações e/ou atividades decorrentes desta Política Nacional.

Além da avaliação nos contextos anteriormente identificados, voltados principalmente para a verificação do impacto das medidas sobre a saúde dos indivíduos idosos, buscar-se-á investigar a repercussão desta Política na qualidade de vida deste segmento populacional.

Nesse particular, buscar-se-á igualmente conhecer em que medida a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa tem contribuído para a concretização dos princípios e diretrizes do SUS, na conformidade do art. 7º da Lei nº 8.080/90, entre os quais, destacam-se aqueles relativos à integralidade da atenção, à preservação da autonomia das pessoas e ao uso da epidemiologia no estabelecimento de prioridades (respectivamente incisos II, III e VII). Paralelamente, deverá ser observado, ainda, se:

a) o potencial dos serviços de saúde e as possibilidades de utilização pelo usuário estão sendo devidamente divulgados para a população de forma geral e, principalmente, à população idosa;

b) as ações, programas, projetos e atividades que operacionalizam esta Política estão sendo desenvolvidos de forma descentralizada, considerando a direção única em cada esfera de gestão; e

c) a participação dos indivíduos idosos nas diferentes instâncias do SUS está sendo incentivada e facilitada.

ANEXO 2 DO ANEXO XI

Obrigatoriedade da viabilização de meios que permitam a presença de acompanhantes a pacientes idosos em hospitais públicos (Origem: PRT MS/GM 280/1999)

Art. 1º É obrigatório nos hospitais públicos, contratados ou conveniados com o Sistema Único de Saúde (SUS), a viabilização de meios que permitam a presença do acompanhante de pacientes maiores de 60 (sessenta) anos de idade, quando internados. (Origem: PRT MS/GM 280/1999, Art. 1º)

§ 1º Fica autorizada ao prestador de serviços a cobrança, de acordo com as tabelas do SUS, das despesas previstas com acompanhante, cabendo ao gestor, a devida formalização desta autorização de cobrança na Autorização de Internação Hospitalar (AIH). (Origem: PRT MS/GM 280/1999, Art. 1º, § 1º)

§ 2º No valor da diária de acompanhante estão incluídos a acomodação adequada e o fornecimento das principais refeições. (Origem: PRT MS/GM 280/1999, Art. 1º, § 2º)

Art. 2º Ficam excetuadas da obrigatoriedade definida no art. 1º, as internações em Unidade de Tratamento Intensivo, ou nas situações clínicas em que tecnicamente esteja contraindicada a presença de acompanhante, o que deverá ser formalmente justificado pelo médico assistente. (Origem: PRT MS/GM 280/1999, Art. 2º)

ANEXO XII

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Origem: PRT MS/GM 1944/2009)

Art. 1º Fica instituída, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 1º)

Parágrafo Único. A Política de que trata o caput deste artigo visa promover a melhoria das condições de saúde da população masculina brasileira, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e da mortalidade dessa

população, por meio do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde. (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 2º A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, de que trata o art. 1º, será regida pelos seguintes princípios: (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 2º)

I - universalidade e equidade nas ações e serviços de saúde voltados para a população masculina, abrangendo a disponibilidade de insumos, equipamentos e materiais educativos; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 2º, I)

II - humanização e qualificação da atenção à saúde do homem, com vistas à garantia, promoção e proteção dos direitos do homem, em conformidade com os preceitos éticos e suas peculiaridades socioculturais; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 2º, II)

III - corresponsabilidade quanto à saúde e à qualidade de vida da população masculina, implicando articulação com as diversas áreas do governo e com a sociedade; e (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 2º, III)

IV - orientação à população masculina, aos familiares e à comunidade sobre a promoção, a prevenção, a proteção, o tratamento e a recuperação dos agravos e das enfermidades do homem. (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 2º, IV)

Art. 3º A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem possui as seguintes diretrizes, a serem observadas na elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde voltados à população masculina: (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 3º)

I - integralidade, que abrange: (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 3º, I)

a) assistência à saúde do usuário em todos os níveis da atenção, na perspectiva de uma linha de cuidado que estabeleça uma dinâmica de referência e de contrarreferência entre a atenção básica e as de média e alta complexidade, assegurando a continuidade no processo de atenção; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 3º, I, a)

b) compreensão sobre os agravos e a complexidade dos modos de vida e da situação social do indivíduo, a fim de promover intervenções sistêmicas que envolvam, inclusive, as determinações sociais sobre a saúde e a doença. (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 3º, I, b)

II - organização dos serviços públicos de saúde de modo a acolher e fazer com que o homem sinta-se integrado; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 3º, II)

III - implementação hierarquizada da política, priorizando a atenção básica; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 3º, III)

IV - priorização da atenção básica, com foco na estratégia de Saúde da Família; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 3º, IV)

V - reorganização das ações de saúde, por meio de uma proposta inclusiva, na qual os homens considerem os serviços de saúde também como espaços masculinos e, por sua vez, os serviços de saúde reconheçam os homens como sujeitos que necessitem de cuidados; e (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 3º, V)

VI - integração da execução da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem às demais políticas, programas, estratégias e ações do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 3º, VI)

Art. 4º São objetivos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º)

I - promover a mudança de paradigmas no que concerne à percepção da população masculina em relação ao cuidado com a sua saúde e a saúde de sua família; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, I)

II - captar precocemente a população masculina nas atividades de prevenção primária relativa às doenças cardiovasculares e cânceres, entre outros agravos recorrentes; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, II)

III - organizar, implantar, qualificar e humanizar, em todo o território brasileiro, a atenção integral à saúde do homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, III)

IV - fortalecer a assistência básica no cuidado com o homem, facilitando e garantindo o acesso e a qualidade da atenção necessária ao enfrentamento dos fatores de risco das doenças e dos agravos à saúde; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, IV)

V - capacitar e qualificar os profissionais da rede básica para o correto atendimento à saúde do homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, V)

VI - implantar e implementar a atenção à saúde sexual e reprodutiva dos homens, incluindo as ações de planejamento e assistência às disfunções sexuais e reprodutivas, com enfoque na infertilidade; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, VI)

VII - ampliar e qualificar a atenção ao planejamento reprodutivo masculino; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, VII)

VIII - estimular a participação e a inclusão do homem nas ações de planejamento de sua vida sexual e reprodutiva, enfocando as ações educativas, inclusive no que toca à paternidade; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, VIII)

IX - garantir a oferta da contracepção cirúrgica voluntária masculina nos termos da legislação específica; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, IX)

X - promover a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, X)

XI - garantir o acesso aos serviços especializados de atenção secundária e terciária; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, XI)

XII - promover a atenção integral à saúde do homem nas populações indígenas, negras, quilombolas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, trabalhadores rurais, homens com deficiência, em situação de risco, e em situação carcerária, entre outros; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, XII)

XIII - estimular a articulação das ações governamentais com as da sociedade civil organizada, a fim de possibilitar o protagonismo social na enunciação das reais condições de saúde da população masculina, inclusive no tocante à ampla divulgação das medidas preventivas; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, XIII)

XIV - ampliar o acesso às informações sobre as medidas preventivas contra os agravos e as enfermidades que atingem a população masculina; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, XIV)

XV - incluir o enfoque de gênero, orientação sexual, identidade de gênero e condição étnico-racial nas ações socioeducativas; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, XV)

XVI - estimular, na população masculina, o cuidado com sua própria saúde, visando à realização de exames preventivos regulares e à adoção de hábitos saudáveis; e (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, XVI)

XVII - aperfeiçoar os sistemas de informação de maneira a possibilitar um melhor monitoramento que permita tomadas de decisão. (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, XVII)

Art. 5º Compete à União: (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º)

I - coordenar e fomentar, em âmbito nacional, a implementação e acompanhar a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º, I)

II - estimular e prestar cooperação técnica e financeira aos estados e aos municípios, visando à implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, de modo a valorizar e respeitar as diversidades locais; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º, II)

III - promover, no âmbito de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação da Política; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º, III)

IV - promover ações educativas relacionadas aos estereótipos de gênero; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º, IV)

V - estimular e apoiar a realização de pesquisas que possam aprimorar a Atenção Integral à Saúde do Homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º, V)

VI - definir estratégias de Educação Permanente dos Trabalhadores do SUS, voltadas para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º, VI)

VII - estabelecer parceria com as diversas sociedades científicas nacionais e internacionais e as entidades de profissionais de saúde cujas atividades tenham afinidade com as ações propostas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, a fim de possibilitar a colaboração técnica, no âmbito dos planos, programas, projetos, estratégias e atividades dela decorrentes; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º, VII)

VIII - coordenar o processo de construção das diretrizes/protocolos assistenciais da atenção à saúde do homem em parceria com os estados e os municípios; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º, VIII)

IX - promover ações de informação, educação e comunicação em saúde visando difundir a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º, IX)

X - estimular e apoiar o processo de discussão com participação de todos os setores da sociedade, com foco no controle social, nas questões pertinentes à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º, X)

XI - apoiar, técnica e financeiramente, a capacitação e a qualificação dos profissionais para a atenção à saúde do homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º, XI)

XII - estabelecer mecanismos de monitoramento e avaliação continuada dos serviços e do desempenho dos profissionais de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º, XII)

XIII - elaborar e analisar os indicadores que permitam aos gestores monitorar as ações, os serviços e avaliar seu impacto, redefinindo as estratégias e/ou atividades que se fizerem necessárias. (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º, XIII)

Art. 6º Compete aos estados: (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 6º)

I - fomentar a implementação e acompanhar, no âmbito de sua competência, a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 6º, I)

II - estimular e prestar cooperação técnica e financeira aos municípios visando à implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, de modo a valorizar e respeitar as diversidades locais; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 6º, II)

III - acompanhar e avaliar, no âmbito de sua competência, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, promovendo as adequações necessárias, tendo como base o perfil epidemiológico e as especificidades locais; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 6º, III)

IV - coordenar e implementar, no âmbito estadual, as estratégias nacionais de Educação Permanente dos Trabalhadores do SUS voltadas para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, respeitando-se as especificidades locais; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 6º, IV)

V - promover, na esfera de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação da Política; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 6º, V)

VI - elaborar e pactuar, no âmbito estadual, protocolos assistenciais, em consonância com as diretrizes nacionais da atenção, apoiando os municípios na implementação desses protocolos; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 6º, VI)

VII - promover, junto à população, ações de informação, educação e comunicação em saúde visando difundir a Política; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 6º, VII)

VIII - estimular e apoiar, juntamente com o Conselho Estadual de Saúde, o processo de discussão com a participação de todos os setores da sociedade, com foco no controle social, nas questões pertinentes à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 6º, VIII)

IX - incentivar, junto à rede educacional estadual, ações educativas que visem à promoção e à atenção à saúde do homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 6º, IX)

X - capacitação técnica e qualificação dos profissionais de saúde para atendimento do homem; e (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 6º, X)

XI - analisar os indicadores que permitam aos gestores monitorar as ações e serviços e avaliar seu impacto, redefinindo as estratégias e/ou atividades que se fizerem necessárias. (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 6º, XI)

Art. 7º Compete aos municípios: (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 7º)

I - implementar, acompanhar e avaliar, no âmbito de sua competência, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, priorizando a atenção básica, com foco na Estratégia de Saúde da Família; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 7º, I)

II - apoiar técnica e financeiramente a implementação e acompanhar, no âmbito de sua competência, a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 7º, II)

III - implementar, no âmbito municipal, as estratégias nacionais de Educação Permanente dos Trabalhadores do SUS voltadas para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, respeitando-se as especificidades locais; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 7º, III)

IV - promover, no âmbito de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação da Política; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 7º, IV)

V - incentivar as ações educativas que visem à promoção e atenção da saúde do homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 7º, V)

VI - implantar e implementar protocolos assistenciais, em consonância com as diretrizes nacionais e estaduais; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 7º, VI)

VII - promover, em parceria com as demais esferas de governo, a qualificação das equipes de saúde para execução das ações propostas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 7º, VII)

VIII - promover, junto à população, ações de informação, educação e comunicação em saúde visando difundir a Política; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 7º, VIII)

IX - estimular e apoiar, juntamente com o Conselho Municipal de Saúde, o processo de discussão com participação de todos os setores da sociedade, com foco no controle social, nas questões pertinentes à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 7º, IX)

X - capacitação técnica e qualificação dos profissionais de saúde para atendimento do homem; e (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 7º, X)

XI - analisar os indicadores que permitam aos gestores monitorar as ações e os serviços e avaliar seu impacto, redefinindo as estratégias e/ou atividades que se fizerem necessárias. (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 7º, XI)

Art. 8º O processo de avaliação da implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem deverá ocorrer de acordo com as pactuações realizadas em âmbito federal, estadual e municipal, com destaque para o monitoramento dos indicadores do Pacto pela Vida, a ser realizado pelo Conselho Nacional de Saúde e pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT). (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 8º)

§ 1º A avaliação tem como finalidade o cumprimento dos princípios e diretrizes dessa Política, buscando verificar sua efetividade de modo a permitir a verificação de seu resultado sobre a saúde dos indivíduos e, conseqüentemente, sobre a qualidade de vida da população masculina. (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 8º, § 1º)

§ 2º Uma avaliação mais detalhada da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e o seu monitoramento deverão ocorrer no âmbito dos planos, programas, projetos, estratégias e atividades dela decorrentes. (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 8º, § 2º)

§ 3º Para essa avaliação e monitoramento há de se definir critérios, parâmetros, indicadores e metodologia específicos, objetivando identificar, modificar e/ou incorporar novas diretrizes a partir de sugestões apresentadas pelo Ministério da Saúde, Comissão Intergestores Tripartite, Conselho Nacional de Saúde, Confederações dos Trabalhadores do Brasil, Centrais Sindicais e entidades empresariais, entre outras. (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 8º, § 3º)

ANEXO XIII

Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (Origem: PRT MS/GM 1060/2002)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, na forma do Anexo 1 do Anexo XIII . (Origem: PRT MS/GM 1060/2002, Art. 1º)

Parágrafo Único. A aprovação de que trata este artigo tem como objetivo a reabilitação da pessoa com deficiência, a proteção a sua saúde e a prevenção dos agravos que determinem o aparecimento de deficiências, mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas entre os diversos setores da sociedade e a efetiva participação da sociedade. (Origem: PRT MS/GM 1060/2002, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 2º Os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política ora aprovada, promoverão a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades em conformidade com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas. (Origem: PRT MS/GM 1060/2002, Art. 2º)

ANEXO 1 DO ANEXO XIII

Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (Origem: PRT MS/GM 1060/2002, Anexo 1)

POLITICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

1. INTRODUÇÃO

Na conformidade do ideário democrático, ao longo da Constituição Federal de 1988, estão assegurados os direitos das pessoas com deficiência nos mais diferentes campos e aspectos. A partir de então, outros instrumentos legais foram estabelecidos, regulamentando os ditames constitucionais relativos a esse segmento populacional, destacando-se as Leis n.º 7.853/89 e n.º 8.080/90 - a chamada Lei Orgânica da Saúde -, bem como o Decreto n.º 3298/99.

Em seu art. 23, Capítulo II, a Constituição determina que "é competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiências".

Já a Lei n.º 7.853/89, que dispõe sobre o apoio às pessoas com deficiência e a sua integração social, no que se refere à saúde, atribui ao setor a promoção de ações preventivas; a criação de uma rede de serviços especializados em reabilitação e habilitação; a garantia de acesso aos estabelecimentos de saúde e do adequado tratamento no seu interior, segundo normas técnicas e padrões apropriados; a garantia de atendimento domiciliar de saúde ao deficiente grave não internado; e o desenvolvimento de programas de saúde voltados para as pessoas com deficiência, desenvolvidos com a participação da sociedade (art. 2º, Inciso II).

No conjunto dos princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS), constantes da Lei Orgânica da Saúde, destaca-se o relativo "à preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral", bem como aqueles que garantem a universalidade de acesso e a integralidade da assistência (art. 7º, incisos I, II, III e IV).

Esta Política Nacional, instrumento que orienta as ações do setor saúde voltadas a esse segmento populacional, adota o conceito fixado pelo Decreto anteriormente mencionado que considera "pessoa portadora de deficiência aquela que apresenta, em caráter permanente, perdas ou anormalidades de sua estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, que gerem incapacidade para o desempenho de atividades dentro do padrão considerado normal para o ser humano."

O conceito relativo a essa população tem evoluído com o passar dos tempos, acompanhando, de uma forma ou de outra, as mudanças ocorridas na sociedade e as próprias conquistas alcançadas pelas pessoas com deficiência. O marco dessa evolução é a década de 60, em cujo período tem início o processo de formulação de um conceito de deficiência, no qual é refletida a "estreita relação existente entre as limitações que experimentam as pessoas portadoras de deficiência, a concepção e a estrutura do meio ambiente e a atitude da população em geral com relação à questão" (Coordenadoria para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - Corde - do Ministério da Justiça, 1996, p.12). Tal concepção passou a ser adotada em todo mundo, a partir da divulgação do documento Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiência, elaborado por um grupo de especialistas e aprovado pela ONU, em 1982.

Um outro marco foi a declaração da Organização das Nações Unidas (ONU) que fixou 1981 como o Ano Internacional da Pessoa Deficiente, colocando em evidência e em discussão, entre os países membros, a situação da população com deficiência no mundo e, particularmente, nos países em desenvolvimento, onde a pobreza e a injustiça social tendem a agravar a situação. A principal consequência daquele Ano Internacional foi a aprovação na assembleia geral da ONU, realizada em 3 de dezembro de 1982, do Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiências, referido anteriormente (Resolução 37/52).

Esse documento ressalta o direito dessas pessoas a oportunidades idênticas às dos demais cidadãos; bem como o de usufruir, em condições de igualdade, das melhorias nas condições de vida, resultantes do desenvolvimento econômico e do progresso social.

Nesse Programa, foram estabelecidas diretrizes nas diversas áreas de atenção à população com deficiência, como a de saúde, de educação, de emprego e renda, de seguridade social, de legislação etc., as quais os estados membros devem considerar na definição e execução de suas políticas, planos e programas voltados a estas pessoas.

No âmbito específico do setor, cabe registro a Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID), elaborada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1989, que definiu deficiência como toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica; a incapacidade como toda restrição ou falta - devida a uma deficiência - da capacidade de realizar uma atividade na forma ou na medida que se considera normal para um ser humano; e a desvantagem como uma situação prejudicial para um determinado indivíduo, em consequência de uma deficiência ou uma incapacidade, que limita ou impede o desempenho de um papel que é normal em seu caso (em função da idade, sexo e fatores sociais e culturais).

A OMS, quase dez anos depois - em 1997 -, rerepresentou essa Classificação Internacional com um novo título e novas conceituações. Agora denominada Classificação Internacional das Deficiências, Atividades e Participação: um manual da dimensão das incapacidades e da saúde (CIDDM-2), o documento fixa princípios que enfatizam o apoio, os contextos ambientais e as potencialidades, ao invés da valorização das incapacidades e das limitações.

O CIDDM-2 concebe a deficiência como uma perda ou anormalidade de uma parte do corpo (estrutura) ou função corporal (fisiológica), incluindo as funções mentais. Já a atividade está relacionada com o que as pessoas fazem ou executam em qualquer nível de complexidade, desde aquelas simples até as habilidades e condutas complexas. A limitação da atividade, antes conceituada como incapacidade, é agora entendida como uma dificuldade no desempenho pessoal. A raiz da incapacidade é a limitação no desempenho da atividade que deriva totalmente da pessoa. No entanto, o termo incapacidade não é mais utilizado porque pode ser tomado como uma desqualificação social. Ampliando o conceito, essa Classificação Internacional inclui a participação, definida como a interação que se estabelece entre a pessoa com deficiência, a limitação da atividade e os fatores do contexto socioambiental.

Essa nova abordagem representa um outro marco significativo na evolução dos conceitos, em termos filosóficos, políticos e metodológicos, na medida em que propõe uma nova forma de se encarar as pessoas com deficiência e suas

limitações para o exercício pleno das atividades decorrentes da sua condição. Por outro lado, influencia um novo entendimento das práticas relacionadas com a reabilitação e a inclusão social dessas pessoas.

Na raiz dessa nova abordagem está a perspectiva da inclusão social, entendida "como o processo pelo qual a sociedade se adapta para incluir, em seus sistemas sociais gerais pessoas com necessidades especiais e, simultaneamente, estas se preparam para assumir seus papéis na sociedade. A inclusão social constitui, então, um processo bilateral no qual as pessoas, ainda excluídas, e a sociedade buscam, em parceria, equacionar problemas, decidir sobre soluções e efetivar a equiparação de oportunidades para todos." (Sassaki, 1997, p.3).

A prática da inclusão social vem aos poucos substituindo a prática da integração social, e parte do princípio de que, para inserir todas as pessoas, a sociedade deve ser modificada de modo a atender as necessidades de todos os seus membros: uma sociedade inclusiva não admite preconceitos, discriminações, barreiras sociais, culturais e pessoais. Nesse sentido, a inclusão social das pessoas com deficiência significa possibilitar a elas, respeitando as necessidades próprias da sua condição, o acesso aos serviços públicos, aos bens culturais e aos produtos decorrentes do avanço social, político, econômico e tecnológico da sociedade.

Em alguns países, como os Estados Unidos e o Canadá, são consideradas pessoas com incapacidades todas aquelas que têm alguma desvantagem e ou dificuldade de desempenho funcional, o que engloba a população de idosos e de pessoas com doenças crônicas potencialmente incapacitantes. No Brasil, a cultura vigente e a definição legal consideram pessoas com deficiência aquelas pertencentes aos segmentos com deficiências mental, motor, sensorial e múltiplo.

Para fins de delimitação da problemática das deficiências no Brasil, são apresentados neste documento os tipos de deficiências mais abrangentes e frequentes, segundo a classificação adotada pela OMS, ou seja, as pessoas com deficiência mental, motora, auditiva, visual e múltipla.

O dimensionamento da problemática da deficiência no Brasil, tanto em termos qualitativos quanto quantitativos, é muito difícil em razão da inexistência quase total de dados e informações de abrangência nacional, produzidos sistematicamente, que retratem de forma atualizada a realidade do País nesta área. A OMS estima que cerca de 10% da população de qualquer país em tempo de paz possui algum tipo de deficiência, das quais: 5% é pessoa com deficiência mental; 2% com deficiência física; 1,5% com deficiência auditiva; 0,5% com deficiência visual; e 1% com deficiência múltipla.

Com base nesses percentuais, estima-se que no Brasil existam 16 milhões de pessoas com deficiência.

A Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar (Pnad), realizada em 1981, incluiu questões relativas à deficiência: número e tipos de deficientes e assistência recebida. O resultado mostrou que 2% da população são de pessoas com deficiência, das quais quase a metade diz respeito à deficiência motora. Essa pesquisa aponta, da mesma forma que o Censo realizado em 1991, uma maior prevalência de incapacidades sensoriais e motoras na população acima de 50 anos de idade.

Os resultados do Censo de 1991, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), indicam um percentual de 1,14% de pessoas com deficiência na população brasileira. Nesse Censo, foram considerados apenas os que responderam de forma positiva aos quesitos de maior grau de deficiência.

Apesar dessa limitação metodológica, o inquérito censitário traz alguns indicativos importantes. De acordo com dados desse Censo, em relação à deficiência mental há um significativo aumento a partir dos cinco anos de idade, mostrando não só o papel da escola na identificação da deficiência, mas apontando para a necessidade de um diagnóstico mais precoce, bem como para avaliações educacionais mais precisas, evitando-se correr o risco de enquadrar como pessoas com deficiência mental outras pessoas com problemas psicológicos, neurológicos ou mesmo socioeconômicos, que interferem no processo de aprendizagem.

Em relação a gênero, o Censo mostrou que 50,4% da população geral eram do sexo feminino e 49,6% do sexo masculino. Já a população de deficientes apresentou-se de forma inversa: 44,4% do sexo feminino e 55,65 do masculino. A diferença maior ocorre quanto à deficiência mental e, principalmente, a deficiência motora. A maior prevalência de deficiência motora na população masculina, predominante entre jovens e adultos, sugere decorrer sobretudo das causas externas, tais como os acidentes de trabalho, de trânsito etc. De outra parte, não se encontra justificativa para a incidência maior de deficiência mental no sexo masculino até a faixa etária de 50 anos de idade. A partir dessa faixa etária, a situação

se inverte com predomínio de deficiência mental no sexo feminino. Vários fatores poderão estar relacionados, destacando-se, em especial, o aumento da vida média da população feminina.

Os resultados do Censo 91, por outro lado, não indicam diferença na prevalência de deficiências entre as populações urbanas e rurais; em relação à deficiência motora especificamente, há um relativo aumento na faixa de 20 anos ou mais de idade na população da região urbana, justificável pelos mesmos fatores citados anteriormente (violências e acidentes).

Tanto os resultados da Pnad/81 quanto os do Censo/91, ambos por amostragem e de abrangência nacional, apresentam percentuais inferiores aos estimados pela OMS. Essa diferença pode estar relacionada aos procedimentos metodológicos, como os critérios para definição da amostra ou, ainda, a dificuldades na coleta de dados e a própria conceituação de deficiência, seus tipos e graus, adotados por essas pesquisas.

A grande diferença entre os percentuais encontrados é uma demonstração de que não se dispõe de dados de abrangência nacional e representativos da magnitude do problema. Os números estimados pela OMS, assim como os do Censo e da Pnad, parecem não representar, na média, a realidade do País no que diz respeito à prevalência de deficiências, considerando as diversidades regionais e seus impactos nas condições de vida e saúde da população. As causas, assim como as consequências da deficiência, seja no nível individual do próprio deficiente, seja no nível de toda a sociedade, variam de país para país e resultam das circunstâncias socioeconômicas e das diferentes políticas que os estados adotam com vistas ao bem-estar dos seus cidadãos (Corde, 1996).

As principais causas das deficiências são os transtornos congênitos e perinatais, decorrentes da falta de assistência ou assistência inadequada às mulheres na fase reprodutiva; doenças transmissíveis e crônicas não-transmissíveis; perturbações psiquiátricas; abuso de álcool e de drogas; desnutrição; traumas e lesões, principalmente nos centros urbanos mais desenvolvidos, onde são crescentes os índices de violências e de acidentes de trânsito.

O aumento da expectativa de vida da população brasileira nas últimas décadas tem feito com que as causas da deficiência estejam cada vez mais relacionadas a males crônico-degenerativos, como a hipertensão arterial, a diabetes, o infarto, os acidentes vasculo-encefálicos, a doença de Alzheimer, o câncer, a osteoporose e outros. As doenças cerebrovasculares são a terceira causa de morte no Brasil, com prevalência de 5,8 casos por mil habitantes, acima de 25 anos de idade, significando algo em torno de 100 mil óbitos anuais (Datusus, 1997).

Essas doenças cerebrovasculares têm potencial altamente incapacitante. Estatísticas norte-americanas indicam que, para cada óbito em decorrência dessas doenças, pode haver mais de uma sobrevivida.

Estima-se que, nos Estados Unidos, existam 612 hemiplégicos por 100 mil habitantes (Hamillar, 1997).

Dados obtidos pelo Datusus demonstram que na cidade de São Paulo, no período 1997/98, a curva de crescimento da ocorrência por acidente vasculo-encefálico inicia-se na faixa etária dos 25 anos de idade, acentuando o seu crescimento a partir da faixa etária dos 65 anos ou mais de idade, atingindo cerca de 44% da população nesta faixa etária, com taxa de mortalidade em torno de 22,55%. Na população em geral, a taxa de mortalidade mantém-se em torno de 16%, elevando-se somente na faixa dos 65 anos ou mais de idade, como era de se esperar, devido ao envelhecimento.

Em sendo assim, os números sugerem que existe um grande contingente de indivíduos com hemiplegia e ou outras sequelas decorrentes de AVC. A faixa etária produtiva, como indicam os dados, também é atingida por acidente vascular encefálico, trazendo assim uma importante perda para o setor produtivo.

Estudo realizado em dezembro de 1998, pela Divisão de Medicina de Reabilitação do Hospital das Clínicas, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), em 800 pacientes matriculados, indica, entre as principais deficiências identificadas, a seguinte distribuição: hemiplegia, 18,12%; sequela de lesão medular, 17,8%; sequela de doenças osteoarticular e neuroevolutivas 14,7%; sequela de hemofilia, lesão por esforço repetitivo (LER), insuficiências vasculares periféricas pós-trauma e cardiopatias, 23,0%; e sequelas incapacitantes em idosos, 2,8%. O mesmo estudo aponta a paralisia cerebral como uma importante causa das deficiências em crianças avaliadas em 1998, atingindo a cerca de 16,4%.

A crescente urbanização e industrialização, sem os devidos cuidados com a preservação da vida e do meio ambiente, gera o aumento de incapacidades. Há indícios de correlação entre o aumento de incapacidade e a incidência de neuroses, doenças psicossomáticas, alcoolismo, vício de drogas, acidentes de trânsito e violência urbana. Levantamento realizado nos hospitais ligados ao SUS mostrou que, em 1997, foram atendidos 6.388 pacientes com fratura da coluna vertebral, representando taxas de internação mais elevadas que nos anos anteriores. Mais de 50% desses casos correspondem a

fraturas nos segmentos cervical e dorsal, o que evidencia a gravidade da situação e a provável ocorrência de deficiências (Laurenti et al, 1998).

Quanto à lesão medular, estudo feito também na Divisão de Medicina de Reabilitação do Hospital das Clínicas da FMUSP, em 174 pacientes, apresenta a lesão traumática como a causa de 78% dos casos, assim distribuídos: ferimento por armas de fogo, 33%; acidente de trânsito, 19,5%; queda de altura, 19,5%; ferimento por arma branca, 2,4%; queda de objeto, 2,4%; acidente desportivo, 1,2% (Salimene, 1995). Nesse estudo, verificou-se que a faixa etária preponderantemente atingida era a de 18 a 35 anos de idade, com 53% dos indivíduos, sendo que 81,7% dos casos eram do sexo masculino.

Já o estudo procedido em pacientes atendidos na rede Sarah, em 1997, informa que do total de 293 pacientes com traumatismo da coluna vertebral, registrados naquele ano, 42% foram vítimas de acidentes de trânsito; 24% de disparo de armas de fogo; 12% de mergulhos em águas rasas; 11,6% de quedas e 9,5% de outros tipos de acidentes e violências. Clifton (1993), estudando a área de Houston - Gaves, no Texas, em 1981, encontrou 183 pacientes com lesão medular, dos quais 106 - 57,9% - eram paraplégicos. A faixa etária de maior incidência foi a de 15 a 24 anos de idade - 42,26% -, seguida daquela compreendida entre 25 a 34 anos de idade - 31,7% -, com predomínio do sexo masculino. A etiologia mais frequente foi acidente de automóveis - 41 casos -, seguido de perto por acidentes provocados por armas de fogo (38 casos). Barros Filho (1990), realizando estudos clínicos em pacientes com traumatismo da coluna vertebral e déficit neurológico, internados no Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital as Clínicas da USP, no período de 1982 a 1987, constatou que, dos 428 pacientes, 94,3% eram do sexo masculino e na faixa etária de 21 a 30 anos. A causa principal foi ferimento por armas de fogo (34,5%).

Ao se comparar os estudos de Clifton (1993) e de Barros Filho (1990), constata-se uma semelhança muito próxima entre os dados detectados em um grande centro urbano norte-americano e São Paulo, em termos da etiologia e das características da população mais vulnerável às lesões traumáticas. Aliados àqueles observados na Divisão de Medicina e Reabilitação do Hospital das Clínicas, anteriormente citados, os resultados confirmam a violência urbana, os acidentes de trânsito e os acidentes de trabalho como importantes agentes causadores de deficiências no Brasil, neste final de século, especialmente em centros urbanos de médio e grande portes.

Analisando o problema em relação às deficiências foco desta Política - motora, visual, auditiva, mental e múltipla -, cabe assinalar inicialmente que a deficiência motora assume maior relevo a partir dos 25 anos de idade, refletindo a importância dos acidentes, das violências e de certas doenças na gênese desta deficiência.

As pessoas com deficiência motora ressentem-se de uma variedade de condições neurosensoriais que as afetam em termos de mobilidade, de coordenação motora geral ou da fala, como decorrência de lesões nervosas, neuromusculares e osteoarticulares ou, ainda, de má-formação congênita ou adquirida. Dependendo do caso, as pessoas que têm problemas de locomoção conseguem movimentar-se com a ajuda de prótese, cadeira de rodas ou outros aparelhos auxiliares. Ao desenvolver determinadas habilidades, essas pessoas podem ter condições de ir de um lugar para outro, manipular objetos, trabalhar, ser autônomas e independentes.

Já a deficiência visual compreende uma situação irreversível de diminuição da visão, mesmo após tratamento clínico e ou cirúrgico e uso de óculos convencionais. O deficiente visual total ou com baixa visão tem restringida a sua velocidade de trabalho, a orientação e a mobilidade, bem como a sua capacidade de realizar tarefas. Essa deficiência é classificada pela OMS em categorias que abrangem desde a perda visual leve até a ausência total de visão. A adoção dessa classificação é recomendada para que se possa ter uma maior uniformidade de dados estatísticos e estudos epidemiológicos comparativos entre os diferentes países. Entretanto, é apenas quantitativa, baseada em valores de acuidade visual (CID).

A OMS estima que existam 38 milhões de pessoas cegas no mundo, das quais 1,5 milhão são crianças menores de 16 anos de idade. Cerca de 110 milhões de pessoas possuem baixa visão, perfazendo, assim, um total de 148 milhões de pessoas com deficiência visual. Cabe assinalar que, dois terços ou mais da cegueira total existente são evitáveis, ou seja, pode ser tanto prevenida, quanto tratada. A prevalência da cegueira varia nas diferentes partes do mundo. O Brasil e a América Latina estão, de modo geral, incluídos entre as regiões de economia e serviços de saúde razoáveis, onde calcula-se que existam de 0,6 a 0,9 pessoas cegas para cada mil habitantes, sendo que o número daquelas com baixa visão é três vezes maior.

Em crianças, as causas oculares de perda visual mais comuns são as de origem infecciosa, como a rubéola e a toxoplasmose congênita ou adquirida durante os primeiros meses de vida e as de causa hereditária (Barbieri, 1984; Waisberg, 1984; Sato e cols., 1987; Kara José e cols., 1995; Reis e cols., 1998). As de origem cerebral estão associadas a

sequelas neurológicas causadas principalmente pela prematuridade, síndromes e más-formações congênicas associadas a múltiplas deficiências que, muitas vezes, sobrepujam a importância da deficiência visual (Carvalho, 1993; OMS, 1994).

No adulto, com o aumento da expectativa de vida e a prevalência das doenças crônico-degenerativas - as quais aumentam com a idade -, as principais causas de perda visual são a retinopatia diabética, o glaucoma e a degeneração muscular senil. A catarata, embora seja uma das principais causas de cegueira no Brasil - mais de 70% dos casos -, não é incluída nas estatísticas de baixa visão por ser tratável e sua perda visual ser reversível após cirurgia e correção óptica convencional, como por exemplo o uso de óculos (Carvalho, 1993; OMS, 1994).

Já a deficiência auditiva, caracterizada pela perda total ou parcial da capacidade de ouvir, manifesta-se como surdez leve e moderada e surdez severa ou profunda. Assim como na visual, as pessoas com deficiência auditiva podem ter afetadas a sua aprendizagem e o seu desenvolvimento integral. A estimativa da OMS, em 1993, é de que 1,5% da população brasileira - cerca de 2.250.000 habitantes - seria de pessoas com essa deficiência. As causas de deficiência auditiva de moderada a profunda, mais frequentes em crianças, são a rubéola gestacional e outras infecções pré-natais. Contudo, em cerca de 33% dos casos não se consegue estabelecer uma etiologia para essa afecção. Nos casos de deficiência auditiva de leve a moderada, a otite média é a causa mais frequente na infância, com uma incidência ao redor de 33%.

Em 1989, 90% de crianças e adolescentes até 16 anos de idade que procuraram o departamento de otorrinolaringologia da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, com suspeita de deficiência auditiva, tiveram esta deficiência confirmada após terem sido avaliados clinicamente e submetidos a exames especializados. Desses, 90% apresentaram deficiência auditiva severa ou profunda, dos quais 95% bilaterais. Quanto à causa, concluiu-se que 45% dos casos eram de deficiência auditiva congênita; 22%, néo-natais; e 32,5%, de origem desconhecida. Nas deficiências auditivas congênicas, 16% tiveram como causa a rubéola materno-fetal; 10% associadas à prematuridade (baixo peso e hipoxemia); 9% hereditária; 1% em decorrência de casamento consanguíneo; e 11% de outras causas (Castro, 1991).

Na literatura internacional, a presbiacusia - perda auditiva devido à idade - é apontada como a principal causa de deficiência auditiva nos idosos, com uma incidência de cerca de 30% na população com mais de 65 anos de idade. O ruído, principalmente no ambiente de trabalho, é apontado como a segunda principal causa de perda auditiva neurossensorial entre os adultos. Dados semelhantes foram reportados por Silveira em 1992.

De acordo com a Associação Americana de Deficiência Mental (AAMD), na deficiência mental observa-se uma substancial limitação da capacidade de aprendizagem do indivíduo e de suas habilidades para a vida diária. A pessoa com essa deficiência, assim, caracteriza-se por apresentar um déficit na inteligência conceitual, prática e social. Já a deficiência múltipla é a associação, no mesmo indivíduo, de duas ou mais deficiências primárias - mental, visual, auditiva e motora -, com comprometimentos que acarretam atrasos no desenvolvimento global e na capacidade adaptativa.

Em relação a essas deficiências, existem poucos estudos no Brasil que apresentam um perfil mais abrangente dos agentes etiológicos envolvidos na sua determinação. A pesquisa realizada na Sociedade Pestalozzi do Estado do Rio de Janeiro, por intermédio de um estudo retrospectivo de 850 casos de pessoas com deficiência, num período de 10 anos (1981-1990), detectou que 654 casos (76,94%) eram de pessoas com deficiência mental, 106 casos (12,47%) de pessoas com deficiência motora (paralisia cerebral) e 90 casos (10,58%) de pessoas com deficiência múltipla (mental e motora).

Nesse estudo, a análise da parcela de pessoas com deficiência motora e deficiência múltipla - 196 casos no total - levou a concluir que múltiplos fatores foram os agentes etiológicos mais frequentemente envolvidos, correspondendo a 32 casos ou 16,3% da amostra. Esses resultados apontam para um somatório de agressões envolvendo o sistema nervoso nos períodos pré e perinatais e ou nos primeiros dias de vida. Os "fatores ignorados" - 31 casos ou 15,8% - aparecem em segundo lugar, o que pode estar refletindo o pouco acesso da população aos meios diagnósticos.

A anóxia perinatal figura como a terceira causa de deficiências nesse grupo estudado, com 29 casos ou 14,7%, destacando-se como o agente isolado mais frequente. Isso demonstra a importância de medidas preventivas eficientes para evitar ou amenizar as lesões neurológicas ou físicas que podem ser evitadas, sobretudo durante os períodos pré e perinatal. Vale ressaltar, no entanto, que vários autores questionam a anóxia isolada como causadora de paralisia cerebral e que um índice de Apgar baixo necessariamente não determina quadros de paralisia cerebral.

Esses três agentes - múltiplos fatores, agentes ignorados e anóxia perinatal - atuam de vários modos e intensidade e os seus mecanismos de ação podem determinar desde agressões leves até graves. Como agentes infecciosos pré-natais estão a rubéola e a toxoplasmose, com 10 casos - 5,10% - em 196. De qualquer forma, há que se considerar a precariedade do atendimento pré-natal em algumas regiões, o que impossibilita o diagnóstico de muitos casos de doenças

infeciosas. No conjunto dos fatores pós-natais, as infecções - meningite e meningoencefalites - têm nítido predomínio como fator isolado entre os demais: com 14 casos, corresponde a 7,14% do total de 196 analisados, sendo que, das causas pós-natais - 25 casos - , respondem por 56% dos casos.

Por não ser patologia de notificação compulsória, a paralisia cerebral apresenta-se como sendo de difícil avaliação em termos de incidência, até mesmo nos países do primeiro mundo, como na Inglaterra e nos Estados Unidos, onde a incidência, na década de 50, apontava para 1,5 casos por 1.000 nascidos vivos e entre 1,5 e 5,9, respectivamente.

A morbidade aumentou nos países industrializados em função da redução da mortalidade perinatal, decorrente do aumento do índice de sobreviventes prematuros e com baixo peso. Pesquisas realizadas na Califórnia - EUA -, no período de 1983 a 1985, também apontam o baixo peso como fator associado à paralisia cerebral: de 192 casos, 47,4% eram de crianças com menos de 2.500g ao nascer.

Vale mencionar ainda a existência de doenças que, embora não estejam enquadradas como deficiência na classificação da OMS, produzem, direta ou indiretamente, graus de limitação variados e que são as condutas típicas, os distúrbios comportamentais, os distúrbios da fala e da linguagem e os transtornos orgânicos.

A despeito de as doenças crônicas apresentarem uma alta probabilidade de gerarem incapacidades, não configuram objeto desta Política na sua prevenção primária, considerando que estão sendo contempladas em políticas específicas. No entanto, as doenças cardiovasculares, a hipertensão arterial, a insuficiência coronária, as doenças do aparelho respiratório (como a enfisema), as doenças metabólicas (com as diabetes mellitus e as nefropatias), as doenças hematológicas (a anemia falciforme, as hemoglobinopatias e as hemofilias), bem como o reumatismo e a hanseníase constituem campo de intervenção desta Política a partir de desvantagens e incapacidades delas decorrentes.

As pessoas com ostomias representam um segmento que pode ser classificado com deficiência, na medida em que houve uma doença prévia que deixou uma deficiência do sistema excretor, que produz limitações em várias esferas da vida, tanto social, quanto pessoal. Essas pessoas estão cadastradas pelo SUS e formam uma população de sete mil pessoas. As deficiências sensoriais e as múltiplas, excluída a paralisia cerebral, predominam após os 50 anos de idade, como consequência do processo de envelhecimento e do próprio aumento da vida média da população, refletindo o perfil de transição demográfica no País.

O Ministério da Saúde e a OMS apoiaram a realização de Estudos de Prevalência de Deficiências, Incapacidades e Desvantagem, realizados em 11 cidades de diferentes regiões do País, entre os anos de 1992 e 1999. Utilizando a metodologia de entrevistas domiciliares proposta pela Opas/OMS, esses estudos indicaram percentuais de pessoas com deficiência que variam de 2,81%, em Brasília; a 4,00%, em Taguatinga/DF; 4,30%, em Canoas/RS; 4,80, em Campo Grande/MS; 6,11%, em Santos/SP; 6,18%, em Silva Jardim/RJ; 6,97%, em Maceió/AL; 5,05%, em Santo André/SP; 7,50%, em Niterói/RJ; 9,60%, em Feira de Santana/BA; e 5,9%, em São José dos Campos/SP.

É importante ressaltar que, por se tratar de cidades com perfis populacionais distintos, com localização espacial e regional variadas e com características diferentes em termos socioeconômicos, as generalizações dos resultados para o Brasil, como um todo são desaconselháveis, o que não invalida a credibilidade dos resultados.

Esses percentuais retratam a realidade local, sendo úteis para a composição de um quadro parcial da situação da deficiência nas regiões estudadas, que podem ajudar na compreensão do problema em localidades de perfis semelhantes.

Os resultados dos estudos de prevalência permitem afirmar que as incapacidades motoras são a maioria dos casos de deficiências encontrados nas localidades estudadas, seguidas pelas deficiências mentais. Quanto maior o número de idosos na amostra da pesquisa, maior é a prevalência de incapacidades da visão e da audição. Por outro lado, é elevado o número de casos de deficiência múltipla nos municípios de menor renda per capita, entre os estudados.

A análise da situação das pessoas com deficiência deve ser realizada no contexto de diversos níveis de desenvolvimento econômico e social e de diferentes culturas. Todavia, a responsabilidade fundamental de prevenir as condições que conduzem ao aparecimento de incapacidades e de fazer frente às suas consequências recai, em toda parte, sobre os governos. Isso não diminui a responsabilidade da sociedade em geral, nem dos indivíduos e nem das organizações em particular.

No Brasil, a atenção aos deficientes surgiu com o caráter de atendimento elementar, nas áreas de educação e de saúde, desenvolvido em instituições filantrópicas, evoluindo depois para o atendimento de reabilitação, sem assumir, contudo, uma abordagem integradora desse processo e preservando, na maioria dos casos, uma postura assistencialista.

Segundo Maior - 1995 -, originalmente, a reabilitação no Brasil surge em "instituições filantrópicas, sem proposta de participação comunitária, sem ouvir os próprios reabilitandos e conduzidas à margem do Estado" (p. 16).

Por outro lado, considerando que o atendimento integral à pessoa com deficiência, por parte do poder público estatal, ainda é precário, as críticas que possam ser feitas ao papel de entidades devem ser relativizadas. Além disso, devem estar sempre acompanhadas da ressalva de serem pioneiras e majoritárias na área da assistência social, educação e atenção médica a parcelas deste segmento populacional.

A situação da assistência à pessoa com deficiência no Brasil ainda apresenta um perfil de fragilidade, desarticulação e descontinuidade de ações nas esferas pública e privada. No âmbito assistencial, a maioria dos programas é bastante centralizada e atende a um reduzido número de pessoas com deficiência, além de não contemplar experiências comunitárias, e de seus resultados raramente ser avaliados (Corde, 1995). Todos os leitos de reabilitação, segundo código da tabela do Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS), estão concentrados nas regiões Centro-Oeste e Sudeste - os Estados de Minas Gerais e Rio de Janeiro detêm 80% do total -, e pertencem quase que exclusivamente ao setor privado, conveniado e contratado.

Tomando por base os valores financeiros de dezembro de 1998, o gasto com internação de reabilitação alcançou o total de R\$399.517,96. Em contrapartida, e a título de comparação, cabe registrar o montante despendido com internação de doentes crônicos e fora de possibilidade terapêutica, que foi de R\$7.977.924,99, bem como o total de recursos com internação, nesse mesmo mês (R\$340.247.853,63). A internação de doentes crônicos sem possibilidade terapêutica atende uma grande parcela de pessoas com deficiência sem, no entanto, obedecer às normas das portarias da então Secretaria Nacional de Assistência à Saúde (SNAS), as quais regulamentam o atendimento hospitalar em reabilitação. Esses dados evidenciam um sub-registro de internação de pessoas com deficiência nos hospitais gerais e a não estruturação dos serviços de reabilitação em nível hospitalar.

Uma análise preliminar permite concluir que a estratégia usada ainda não foi suficiente para aumentar a cobertura, descentralizar o atendimento e incrementar a qualidade da reabilitação em regime de internação. Podem ser destacados como os mais prováveis fatores causais dessa situação: a falta de investimento na criação dos leitos e centros hospitalares; a pouca sensibilização de dirigentes em relação ao problema; e a remuneração insuficiente do leito de reabilitação. Acresce-se, ainda, o insuficiente engajamento dos hospitais universitários com esse tipo de internação especializada.

Na tabela SIA/SUS, os procedimentos de fisioterapia dominam os gastos, o que corrobora para a perpetuação do atendimento fragmentado e pouco compatível com a proposta de reabilitação integral. Em dezembro de 1998, as despesas com fisioterapia alcançaram um total de R\$5.594.469,30, assim distribuídos: fisioterapia traumato-ortopédica, R\$ 2.801.230,32; fisioterapia reumatológica, R\$ 1.400.820,48; fisioterapia neurológica, R\$ 1.166.205,80; fisioterapia respiratória, R\$ 150.860,80; fisioterapia vascular periférica, R\$ 53.993,60; e fisioterapia cardíaca, R\$ 21.358,40. O montante de recursos é relativamente elevado e a aplicação concentra-se no setor privado e nas regiões Sudeste e Nordeste. Não há nenhum indicador de resultado ou de impacto dos atendimentos.

Tomando-se como exemplo o código de fisioterapia neurológica, em que foram executados 494.155 procedimentos, é possível inferir que parcela significativa dos pacientes atendidos poderia ser melhor enquadrada e assistida valendo-se do enfoque núcleo ou centro de reabilitação, com a abordagem multiprofissional. Todavia, desde a criação desse código, o valor unitário vem sofrendo corrosão e a falta de atrativo financeiro, aliada à ausência de normas de atendimentos de fisioterapia, impede a implantação e a qualidade inicialmente pretendida.

Por outro lado, um aspecto a ser considerado na assistência é a concessão e treinamento de equipamentos individuais - órteses e próteses -, ajuda técnica e bolsas coletoras. Trata-se de uma conquista importante da pessoa com deficiência, resultante das Portarias n.ºs 116/1993 e 146/1993, por intermédio do Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência do Ministério da Saúde, que teve, inicialmente, seus recursos fixados no valor de 2,5% da Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA). Embora o incremento tenha sido incorporado ao teto de custeio ambulatorial dos estados, a concessão de equipamento reduziu-se ou foi interrompida em muitas unidades federadas, permanecendo apenas naquelas que já tinham compromisso institucional e com maior poder de pressão de profissionais e usuários.

O referido Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, instituído pela Portaria 827/1991, no âmbito do Ministério da Saúde, tem como objetivo promover a redução da incidência de deficiência no País e garantir a atenção integral a esta população na rede de serviços do SUS. Em decorrência desse Programa, o Ministério da Saúde editou um conjunto de portarias que estabelecem normas e incluem os procedimentos de reabilitação em nível ambulatorial e hospitalar no Sistema, regulamentando, inclusive, a concessão de órteses e próteses.

Nesse conjunto, estão: a Portaria n.º 204/91 que insere no SIH/SUS o tratamento em reabilitação e seus procedimentos; a Portaria n.º 303/92 que inclui no SIA/SUS procedimentos de reabilitação; a n.º Portaria 304/92, que fixa normas de procedimentos de reabilitação; a Portaria n.º 305/92, que inclui internação em reabilitação no SIH/ SUS; a Portaria n.º 306/92, que apresenta normas dos procedimentos de reabilitação; a Portaria n.º 225/92, que dispõe sobre o funcionamento dos serviços de saúde para o deficiente no SUS; a Portaria n.º 116/93, que inclui a concessão de órteses e próteses na tabela de procedimentos ambulatoriais do SUS; e a Portaria n.º 146/93, que regulamenta a concessão de órteses e próteses visando a reabilitação e a inserção social.

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

Soma-se a isso o desafio de despertar a consciência da população em relação aos benefícios resultantes para os indivíduos e a sociedade da inclusão das pessoas com deficiência em todas as esferas da vida social, econômica e política. As organizações não-governamentais podem, de diversas maneiras, apoiar as ações governamentais voltadas a esse segmento populacional, sobretudo apontando necessidades, sugerindo soluções ou oferecendo serviços complementares às pessoas com deficiência.

Nesse sentido, a presente Política Nacional, para o alcance do seu propósito, apresentado a seguir, confere prioridade à mobilização da população para com a saúde das pessoas com deficiência, a partir do que viabilizará a tomada das medidas necessárias ao enfrentamento dos problemas anteriormente abordados e no provimento da atenção adequada a este segmento populacional.

2. PROPÓSITO

A presente Política Nacional do setor saúde, dentro do contexto das políticas governamentais e à luz dos direitos universais do indivíduo, tem como propósito reabilitar a pessoa com deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano - de modo a contribuir para a sua inclusão plena em todas as esferas da vida social - e proteger a saúde deste segmento populacional, bem como prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências.

A consecução desse propósito será pautada no processo de promoção da saúde, considerando, sobretudo, a possibilidade que enseja para a efetiva articulação entre os diversos setores do governo e a efetiva participação da sociedade. Além disso, o alcance do propósito desta Política requer a criação de ambientes favoráveis à saúde das pessoas com deficiência e a adoção de hábitos e estilos saudáveis, tanto por parte destas pessoas, quanto daquelas com as quais convivem, os quais constituem condições indispensáveis para a qualidade de vida buscada por esse processo.

3. DIRETRIZES

Para o alcance do propósito explicitado no capítulo precedente, são estabelecidas as seguintes diretrizes, as quais orientarão a definição ou a readequação dos planos, programas, projetos e atividades voltados à operacionalização da presente Política Nacional:

promoção da qualidade de vida das pessoas com deficiência;

assistência integral à saúde da pessoa com deficiência;

prevenção de deficiências;

ampliação e fortalecimento dos mecanismos de informação;

organização e funcionamento dos serviços de atenção à pessoa com deficiência; e

capacitação de recursos humanos.

3.1. Promoção da qualidade de vida das pessoas com deficiência

A implementação dessa diretriz compreenderá a mobilização da sociedade, nesta incluídos setores do governo, organismos representativos de diferentes segmentos sociais e organizações não-governamentais - entre as quais as instituições que atuam na promoção da vida independente -, visando assegurar a igualdade de oportunidades às pessoas com deficiência.

Essa garantia deverá resultar no provimento de condições e situações capazes de conferir qualidade de vida a esse segmento populacional. Para tanto, além da prevenção de riscos geradores de doenças e morte, constituirá foco dessa diretriz a implementação de ações capazes de evitar situações e obstáculos à vida, com qualidade, das pessoas com deficiência. Entre os elementos essenciais nesse sentido estão a criação de ambientes favoráveis, o acesso à informação e aos bens e serviços sociais, bem como a promoção de habilidades individuais que favoreçam o desenvolvimento das potencialidades destas pessoas.

No tocante a ambientes favoráveis à saúde desse segmento, especial atenção será concedida às facilidades para a locomoção e adaptação dos diferentes espaços, tanto os públicos - como vias e edifícios -, quanto os domiciliares, eliminando-se, assim, barreiras urbanísticas e arquitetônicas que dificultam a efetiva integração e inclusão. No conjunto dessas facilidades, está a construção de rampas e de corrimãos, bem como a adoção de múltiplas formas de comunicação. De outra parte, deverá ser promovido o amplo acesso das pessoas com deficiência às informações acerca dos seus direitos e das possibilidades para o desenvolvimento de suas potencialidades, seja na vida cotidiana e social, seja no trabalho, no esporte e no lazer. Ao lado disso, deverão ser desenvolvidas campanhas de comunicação social e processos educativos continuados dirigidos a segmentos específicos e à população em geral visando a superação de preconceitos e posturas que impedem ou constituam obstáculos à inclusão social das pessoas com deficiência.

Além de normas específicas de saúde que viabilizem o acesso e a qualidade das ações e serviços, o setor promoverá o estabelecimento ou o cumprimento daquelas afetas a outros setores voltadas à qualidade de vida desse segmento, bem como a plena observância do arcabouço legal específico, como é o caso do Decreto n.º 3298/99.

No âmbito do SUS em particular, buscar-se-á assegurar a representação das pessoas com deficiência nos Conselhos de Saúde, nas três esferas de gestão do Sistema, objetivando, em especial, a sua participação ativa na proposição de medidas, no acompanhamento e na avaliação das ações levadas a efeito.

Paralelamente, o setor saúde adotará medidas destinadas a garantir a qualidade e o suprimento de ajudas técnicas compreendidas na tecnologia assistiva, de modo a estimular a independência e a dignidade na inclusão social desse segmento.

3.2. Assistência integral à saúde da pessoa com deficiência

A assistência a esse segmento pautar-se-á no pressuposto de que a pessoa com deficiência, além das necessidades de atenção à saúde específicas da sua própria condição, é um cidadão que pode ser acometido de doenças e agravos comuns aos demais, necessitando, portanto, de outros tipos de serviços além daqueles estritamente ligados a sua deficiência.

Nesse sentido, a assistência à saúde do pessoa com deficiência não poderá ocorrer somente nas instituições específicas de reabilitação, devendo ser assegurado a ele o atendimento na rede de serviços, nos diversos níveis de complexidade e especialidades médicas.

Por outro lado, promover-se-á a ampliação da cobertura assistencial em reabilitação, de modo que o acesso seja propiciado a toda a população com deficiência o qual, atualmente, estima-se alcance cerca de 2% deste segmento. Um das estratégias para tanto será a inclusão da assistência em reabilitação em unidades cujas ações são de diferentes níveis de complexidade.

Assim, a assistência à saúde da pessoa com deficiência, incluindo-se a assistência em reabilitação, deverá ser prestada observando-se os princípios de descentralização, regionalização e hierarquização dos serviços, compreendendo desde as unidades básicas de saúde, os centros de atendimento em reabilitação - públicos ou privados - e organizações não-governamentais, até os Centros de Referência em Reabilitação, responsáveis pelas ações de maior nível de complexidade. Além disso, essa assistência envolverá a geração de conhecimentos, tecnologias e treinamento profissional em reabilitação em nível de pós-graduação estrito e lato senso. Para o atendimento desses requisitos, os Centros de Referência em Reabilitação deverão estar prioritariamente vinculados, direta ou indiretamente, a hospitais universitários.

As ações de assistência à saúde destinadas a esse segmento estarão dessa forma inseridas em um sistema amplo que abrangerá a implementação de programas de reabilitação envolvendo a família e a comunidade, bem como a modernização de centros de referência com atendimento e procedimentos de alta complexidade, em caráter ambulatorial.

Dessa forma, buscar-se-á continuamente aumentar a capacidade resolutiva dos serviços prestados, valendo-se, para tanto, de medidas sistemáticas dirigidas ao aprimoramento da assistência e de permanente avaliação. Nesse sentido, adotar-se-á a premissa de que a reabilitação constitui um processo de mão dupla, em que o indivíduo com deficiência, sua família e a comunidade deverão ser trabalhados simultaneamente. Assim, a programação do tratamento de reabilitação considerará o indivíduo e a sua família como centro e agentes prioritários do processo.

As ações de saúde para a pessoa com deficiência, assim, terão como eixos fundamentais o diagnóstico e o encaminhamento corretos dos procedimentos referentes às deficiências, imprescindíveis para prevenir e mesmo inibir ou minimizar as limitações e desvantagens delas decorrentes.

O diagnóstico da deficiência incluirá a doença e suas causas, bem como o grau de extensão da lesão. A mensuração da incapacidade e do comprometimento físico-funcional, real ou potencial, também deverão ser diagnosticados com precisão. A avaliação da situação e dinâmica familiar envolverá também as condições emocionais e a situação socioeconômica, cultural e educacional do indivíduo, bem como as suas expectativas frente ao processo de reabilitação, educação e profissionalização. Esse diagnóstico global deverá ser realizado em conjunto com a pessoa com deficiência e servirá de base para a definição de seu programa de reabilitação.

O diagnóstico presuntivo da deficiência precocemente formulado por profissionais que atuam principalmente nos serviços de saúde de menor complexidade, será fundamental na orientação da família para a busca de atenção necessária, no local adequado.

Todas as medidas assistenciais voltadas à saúde da pessoa com deficiência, incluindo a reabilitação, deverão levar em conta, sobretudo, as necessidades, potencialidades e recursos da comunidade, de modo a assegurar-se a continuidade e as possibilidades de autossustentação, visando, em especial, a manutenção da qualidade de vida deste segmento populacional e a sua inclusão ativa na comunidade. Tal objetivo, no âmbito do setor saúde, será alcançado mediante, sobretudo, a reabilitação da capacidade funcional e do desempenho humano da pessoa com deficiência.

A atuação dos agentes comunitários de saúde e das equipes de saúde da família terá um papel fundamental na disseminação das práticas e estratégias de reabilitação baseada na comunidade. Nesse particular, ressalte-se que a inserção da assistência à saúde da pessoa com deficiência nas ações das equipes de saúde e dos agentes comunitários constituirá estratégia fundamental para implementação dos procedimentos de prevenção e reabilitação nos diferentes níveis de atendimento.

No processo de reabilitação, a busca da eficiência será uma preocupação permanente, desde a adoção de estratégias e ações que utilizem recursos da própria comunidade, até a intermediação de centros de excelência para procedimentos de alta complexidade. As ações de reabilitação deverão ter uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar, de modo a garantir tanto a sua qualidade, quanto o princípio da integralidade.

Essas ações terão, assim, um enfoque funcional e integral, o que significa respeitar as especificidades de cada caso e as áreas das deficiências. Nesse sentido, além de contar com equipe multiprofissional e interdisciplinar, as instituições de reabilitação deverão dispor de implementos tecnológicos para avaliação, diagnóstico e tratamento em reabilitação, adequados ao nível de complexidade a que se destinam.

Serão considerados parte da atenção integral à saúde das pessoas com deficiência, os métodos e as técnicas específicas para garantir ações voltadas para a saúde sexual e reprodutiva, incluindo medicamentos, recursos tecnológicos e intervenções especializadas.

A atenção integral à saúde das pessoas com deficiência inclui a saúde bucal e a assistência odontológica, acompanhadas de procedimentos anestésicos e outros, em casos específicos. Este atendimento deverá ser em regime ambulatorial especial ou em regime de internação, quando a natureza da sequela assim o exigir.

Serão consideradas parte integrante do processo de reabilitação as concessões de órtese e prótese, dado que tais equipamentos complementam o atendimento, aumentando as possibilidades de independência e inclusão da pessoa com deficiência. A concessão desses equipamentos estará estreitamente vinculada ao atendimento de reabilitação, devendo a prescrição obedecer a criteriosa avaliação funcional, constituindo-se, dessa forma, um ato médico. Além disso, buscar-se-á

prover o acesso dessas pessoas aos medicamentos que auxiliam na limitação da incapacidade, na reeducação funcional, no controle das lesões que geram incapacidades e que favorecem a estabilidade das condições clínicas e funcionais.

A assistência domiciliar em reabilitação configurará medida essencial no atendimento desse segmento populacional, compreendendo desde os serviços de apoio à vida cotidiana até o oferecimento de suporte clínico especializado em situação de internamento no domicílio. Nessa assistência deverão ser previstos os recursos necessários à complementação diagnóstica e as intervenções de caráter preventivo como, por exemplo, fornecimento de oxigênio.

3.3. Prevenção de deficiências

A implementação de estratégias de prevenção será fundamental para a redução da incidência de deficiências e das incapacidades delas decorrentes, tendo em vista que cerca de 70% dos casos são evitáveis ou atenuáveis com a adoção de medidas apropriadas e oportunas (Corde, 1992). O conhecimento da prevalência de doenças e de deficiências potencialmente incapacitantes configurará subsídio essencial para o desenvolvimento das ações de prevenção e a adoção de medidas destinadas a reduzir ou eliminar as causas de deficiências.

As diferentes realidades regionais brasileiras, que compreendem, entre outros, aspectos específicos de ambientes e processos de produção, de emprego e de renda, além de questões culturais que determinam a prevalência de doenças potencialmente incapacitantes deverão ser reconhecidas e consideradas nas estratégias de prevenção.

As medidas preventivas envolverão ações de natureza informativa e educativa dirigidas à população, relacionadas ao atendimento pré-natal adequado e à detecção precoce de deficiências, bem como de conscientização e formação de recursos humanos qualificados para a prestação de uma atenção eficiente neste contexto.

Nesse sentido, deverão ser promovidos processos educativos e campanhas de comunicação social que esclareçam e estimulem a população em geral e os segmentos de risco a adotarem estilos de vida saudáveis e, conseqüentemente, a abandonar hábitos nocivos, como o sedentarismo, o tabagismo e o uso de drogas.

Os programas de vacinação que, sabidamente, contribuem para a prevenção de deficiências, deverão incluir ações informativas à população em geral enfocando a inter-relação da imunização e a prevenção de deficiências, utilizando-se de linguagem acessível e de recursos variados e abrangentes. Nesse particular, ênfase especial será dada às atividades de vacinação contra poliomielite, o sarampo e a rubéola. A investigação da citomegalovirose deverá também ser incentivada e possibilitada nos serviços de acompanhamento de gestante. Ao lado disso, serão implementadas medidas que contemplem a segurança e a saúde nos ambientes de trabalho, destinadas a prevenir os acidentes e as doenças profissionais, tanto no setor urbano quanto no rural.

Promover-se-á, por outro lado, o acesso da população aos exames mais específicos para detecção de doenças genéticas que determinam deficiência, com destaque para o exame de cariótipo e pesquisa para outros erros inatos do metabolismo em geral, tais como: fenilcetonúria, hemoglobinopatias, hipertireoidismo congênito, entre outras.

Deverão ser também promovidos serviços de genética clínica para que se proceda a um adequado aconselhamento genético às famílias. Procedimentos de acompanhamento do desenvolvimento infantil nos seus aspectos motor, cognitivo e emocional deverão ser valorizados nos programas de saúde da criança como uma importante estratégia de prevenção de deficiências nesta população.

A articulação e a integração na implementação da Política de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências serão, igualmente, iniciativas essenciais, principalmente mediante o estabelecimento de parcerias entre os vários setores e órgãos envolvidos, em todos os níveis de governo, com o objetivo de diminuir ao máximo o número de vítimas e, conseqüentemente, de sequelas que determinam algum tipo de deficiência.

3.4. Ampliação e fortalecimento dos mecanismos de informação

Adequando-se às normas que disciplinam a criação de fontes de dados e ajustando-se às condições propostas nos fundamentos da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa), deverão ser criados mecanismos específicos para produção de informação a respeito de deficiências e incapacidades no âmbito do SUS.

O monitoramento permanente da ocorrência de deficiências e incapacidades, assim como as análises de prevalência e tendências, constituirá prioridade do SUS nas três esferas de governo. Tais iniciativas visarão o provimento oportuno de

informações para a tomada de decisões quanto à adoção das medidas preventivas e à organização dos serviços especializados de assistência reabilitadora, além de subsídios para a identificação de linhas de pesquisa e a organização de programas de capacitação de recursos humanos.

Buscar-se-á, por iniciativa dos gestores do SUS, fomentar a realização de estudos epidemiológicos e clínicos, com periodicidade e abrangência adequadas, de modo a produzir informações sobre a ocorrência de deficiências e incapacidades. Para a efetivação desses estudos, será recomendável o uso da metodologia de inquérito domiciliar da Opas, com a devida adaptação à realidade brasileira, tanto nos aspectos relativos a sua aplicação, quanto nos relacionados à interpretação de seus resultados.

No que se refere aos censos demográficos, deverá ser buscado, por intermédio dos órgãos competentes, o estabelecimento de articulação com o IBGE, visando o ajuste dos quesitos específicos das planilhas censitárias, favorecendo, assim, a adequada e real apuração dos casos de deficiências e incapacidades existentes na população, bem como o detalhamento necessário à tomada de decisões dos gestores do SUS. Da mesma forma, promover-se-á a compatibilização de quesitos que permitam a extração de dados e informações específicos das Pesquisas Nacionais por Amostragem Domiciliar.

Na busca de informações de interesse gerencial, ênfase será dada à análise de dados dos sistemas de informação da produção e pagamento de serviços ambulatoriais, hospitalares, de diagnóstico complementar, bem como o fornecimento de órteses e próteses no âmbito do SUS, de que são o exemplo o SIA/SUS e o SIH/SUS. Desses sistemas serão extraídos dados que permitam análises qualitativas e quantitativas a respeito do diagnóstico da deficiência e do tratamento oferecido, facilitando a identificação, a localização das pessoas com deficiência, caracterizando o perfil dessa clientela, a sua distribuição, bem como o impacto dos custos, no âmbito dos recursos públicos, da atenção prestada a essa população, observando, também, a conjuntura e as diversidades regionais.

No tocante à infraestrutura dos serviços e aos profissionais de saúde, serão promovidos, anualmente, levantamentos e cadastramentos de unidades e especialistas envolvidos na assistência às pessoas com deficiência. Tais informações serão utilizadas para a análise da oferta de leitos, dos serviços ambulatoriais e de diagnóstico complementar, de modo a identificar lacunas e superposições que estejam dificultando o acesso universal e a oferta integral preconizados para o SUS. Esses levantamentos propiciarão a realização de análises sob os mais variados prismas da questão como, por exemplo, o conhecimento da distribuição geográfica dos serviços especializados, a cobertura viabilizada por estes serviços, a quantificação e a qualificação dos profissionais de saúde atuantes na área das deficiências nos serviços em âmbito federal, estadual e municipal.

O cruzamento das informações tornadas disponíveis pelas diversas fontes de dados será essencial para o adequado equacionamento das questões relativas à saúde da pessoa com deficiência. Continuamente, estudos analíticos serão promovidos mediante a superposição crítica dos resultados dos censos periódicos, das pesquisas censitárias domiciliares anuais, dos estudos epidemiológicos e clínicos, dos cadastramentos e dos levantamentos de infraestrutura.

3.5. Organização e funcionamento dos serviços de atenção à pessoa com deficiência

A atenção à saúde das pessoas com deficiência deverá reafirmar a importância do desenvolvimento de ações de forma descentralizada e participativa, conduzido, em especial, segundo a diretriz do SUS, relativas ao comando único em cada esfera de governo. Além disso, levará em conta que a rede de serviços de atenção à saúde desse segmento terá sempre interfaces com outras políticas públicas.

Nesse sentido, a atenção à saúde das pessoas com deficiência comportará a organização das ações e serviços em, pelo menos, três níveis de complexidade, interdependentes e complementares: atenção básica; atenção ambulatorial especializada; e atenção ambulatorial e hospitalar especializadas.

No nível de atenção básica, os serviços deverão estar qualificados a desenvolver:

ações de prevenção primária e secundária - como, por exemplo, controle da gestante de alto-risco, atenção à desnutrição -, detecção precoce de fatores de riscos - como controle da hipertensão arterial e combate ao tabagismo -, bem como o atendimento às intercorrências gerais de saúde da população com deficiência;

ações básicas de reabilitação com vistas a favorecer a inclusão social, de que são exemplos orientações para a mobilidade da pessoa com deficiência visual, prevenção de deformidades mediante posturas adequadas, estimulação da fala para as pessoas com distúrbios de comunicação.

Nesse nível, a intervenção de caráter individual, familiar, grupal e comunitária deverá organizar-se de forma complementar ao nível secundário especializado. Serão continuamente fomentados programas de reabilitação em parceria com a comunidade, nos quais os serviços respectivos e as lideranças comunitárias trabalham juntos com o objetivo de resolver os problemas funcionais e a inclusão social das pessoas com deficiência. Tais medidas, definidas a partir das necessidades dos usuários, deverão ser devidamente articuladas, planejadas e implementadas de forma intersectorial e descentralizada. As ações, por sua vez, serão desenvolvidas por familiares ou agente comunitário capacitado e supervisionado, com avaliação constante e sistematizada.

Já no nível de atenção secundária, os serviços deverão estar qualificados para atender as necessidades específicas das pessoas com deficiência advindas da incapacidade propriamente dita. Nesse nível, por conseguinte, será prestado o tratamento em reabilitação para os casos referendados, mediante atuação de profissional especializado para tal e utilização de tecnologia apropriada (tais como fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, avaliação e acompanhamento do uso de órteses e próteses, entre outros).

Nesse nível, a organização das ações comporá um planejamento de abrangência local e regional, definida em bases epidemiológicas, e terá caráter complementar à atenção básica e ao atendimento terciário, tendo em conta um sistema de referência e contrarreferência, objetivando o alcance da maior cobertura e resolubilidade possíveis dos casos detectados. As ações de nível secundário deverão ser executadas por equipe multiprofissional, de caráter interdisciplinar, de acordo com a disponibilidade local de recursos humanos especializados. Será fundamental, nesse nível, o fornecimento de órteses, próteses, equipamentos auxiliares, bolsas de ostomia e demais itens de tecnologia assistiva necessária.

O nível terciário - ambulatorial e hospitalar - deverá estar qualificado para prestar atendimento aos casos de reabilitação cujo momento da instalação da incapacidade, o seu tipo e grau justifiquem uma intervenção mais frequente e intensa, requerendo, portanto, tecnologia de alta complexidade e recursos humanos mais especializados. Será importante que os serviços nesse nível tenham caráter docente e assistencial, vinculado aos centros universitários ou formadores de recursos humanos. Nesse nível, ainda, promover-se-á a formulação, em conjunto com os demais níveis, de instrumentos de avaliação da eficiência e eficácia do processo reabilitativo, bem como dos de resultados e de impactos alcançados na região.

Esses serviços estarão estruturados por especificidade da deficiência e contarão igualmente com equipe multiprofissional e interdisciplinar, que considere a globalidade das necessidades dos usuários. Assim, deverão além de fornecer o conjunto das ajudas técnicas - tecnologia assistiva - característico do nível secundário, desenvolver atividades nos campos da pesquisa e da capacitação de recursos humanos, bem como dispor na sua estrutura de serviços de apoio, como aqueles inerentes, por exemplo, às áreas de neurologia, foniatria, ortopedia e traumatologia.

A organização e o funcionamento dos serviços de atenção à pessoa com deficiência compreenderão também a assistência domiciliar. A rede de atenção integral à pessoa deficiente deverá, necessariamente, prover os serviços necessários de forma a mais próxima possível, tanto do ponto de vista geográfico quanto social e cultural da comunidade, integrando-se efetivamente no contexto da municipalização da saúde. Na ausência de condições para tal, deverão ser feitos os encaminhamentos necessários, bem como o acompanhamento dos resultados alcançados.

Promover-se-á a disponibilidade de serviços de média complexidade, no nível regional, os quais poderão ser implantados por municípios de maior porte, por meio de consórcios intermunicipais ou, onde não for possível, por intermédio do Estado. A rede de serviços deverá garantir a detecção de todos os tipos e graus de deficiência, incluindo a atenção a pacientes com severo nível de dependência, bem como o conjunto de suas necessidades no âmbito da saúde. Unidades assistenciais filantrópicas poderão integrar, de forma complementar, a rede de serviços.

A porta de entrada do usuário deverá ser a unidade básica de saúde ou os serviços de emergência ou pronto atendimento, onde será assistido, receberá orientação e ou encaminhamento para a unidade mais adequada ao seu caso. Essa dinâmica possibilitará uma distribuição racional da clientela, evitando a sobrecarga de qualquer um dos serviços. O fato de ser assistido por um serviço de menor complexidade não implicará o não atendimento nos demais integrantes dos outros níveis.

A unidade básica constituirá, portanto, o local por excelência do atendimento à pessoa com deficiência, dada a sua proximidade geográfica e sociocultural com a comunidade circundante e, para isso, será necessário que esteja apta a oferecer atendimento resolutivo para a maioria dos problemas e necessidades.

Será fundamental a articulação entre os gestores municipais visando garantir o cumprimento da programação pactuada e integrada das ações voltadas às pessoas com deficiência. Nesse sentido, será igualmente estratégica a

instalação de rede regionalizada, descentralizada e hierarquizada de serviços de reabilitação, que contemple ações de prevenção secundária, diagnóstico etiológico, sindrômico e funcional; orientação prognóstica; ações básicas e complexas de reabilitação, além daquelas voltadas à inclusão social; e promova a inter-relação dos serviços existentes. As unidades de reabilitação funcionarão na conformidade das orientações estabelecidas nas Portarias SNAS n.ºs 303, 304, 305 e 306, editadas em 1993.

Os estados e municípios definirão mecanismos de acompanhamento, controle, supervisão e avaliação de serviços de reabilitação, visando a garantia da qualidade do atendimento e uma reabilitação integradora e global da pessoa com deficiência. Um aspecto essencial na organização e funcionamento dos serviços será o estabelecimento de parcerias com os diversos níveis de governo, bem assim com organizações não-governamentais que têm larga experiência no atendimento a esse segmento populacional.

O serviço de saúde local deverá atuar de forma articulada com a área de assistência social visando, em especial, facilitar o acesso ao tratamento da pessoa com deficiência.

3.6 Capacitação de recursos humanos

A disponibilidade de recursos humanos capacitados para o desenvolvimento das ações decorrentes desta Política será enfocada como prioritária. Nesse sentido, a formação de recursos humanos em reabilitação deverá superar a escassez de profissionais com domínio do processo reabilitador e que atuem segundo a interdisciplinaridade aqui proposta.

Visando garantir o direito ao atendimento de saúde estabelecido nesta Política e o acesso à reabilitação a quem dela necessitar, buscar-se-á formar equipes interdisciplinares, compostas por profissionais de níveis técnico e universitário, as quais serão submetidas continuamente a cursos de qualificação e atualização.

Os programas de formação e treinamento serão promovidos junto aos diferentes órgãos envolvidos com a questão, tanto dos níveis federal, quanto estadual e municipal, os quais buscarão o engajamento das instituições públicas não-estatais neste trabalho. Ao lado disso, promover-se-á o desenvolvimento de ações conjuntas com o Ministério da Educação e as instituições de ensino superior, tendo em vista a necessidade de que sejam incorporadas disciplinas e conteúdos de reabilitação e atenção à saúde da pessoas com deficiência nos currículos de graduação da área de saúde.

As instituições de ensino superior deverão ser estimuladas a incorporar conteúdos de reabilitação na parte diversificada dos currículos dos cursos de graduação, de acordo com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação, com o objetivo de fomentar projetos de pesquisa e extensão nessa área do saber.

Deverá ser estimulada também, junto às agências de fomento ao ensino de pós-graduação e pesquisa - tais como o CNPq, a Capes, a Focruz e as fundações estaduais -, a ampliação do número de vagas e de bolsas de estudo e de pesquisa, voltadas para a formação de profissionais e pesquisadores de alto nível na área de reabilitação. Buscar-se-á da mesma forma incentivar os centros de referência em medicina de reabilitação para o desenvolvimento, entre outras atividades de educação continuada, de cursos de capacitação para o atendimento às pessoas com deficiência, destinados aos profissionais do SUS e da rede suplementar de assistência.

Os agentes comunitários de saúde e os profissionais que atuam nas equipes de saúde da família deverão receber treinamento que os habilite para o desenvolvimento de ações de prevenção, detecção precoce, intervenção específica e encaminhamento adequado das pessoas com deficiência. A capacitação de agentes de saúde para a atenção à pessoa com deficiência, nos aspectos referentes à assistência e à reabilitação, deverá ser promovida no contexto das ações de saúde da família e de saúde comunitária, sempre na perspectiva da promoção de uma vida saudável e da manutenção dos ganhos funcionais.

Além disso, serão promovidos treinamentos para a capacitação profissional do atendente pessoal, com enfoque na valorização, na autonomia e na individualidade da pessoa com deficiência, respeitando suas necessidades, como elemento de apoio para o estímulo à vida independente. Deverão ser criados ainda, em articulação com o Ministério da Educação, cursos com o objetivo de formar profissionais especializados na produção de órteses e próteses, em níveis médio e superior.

4. RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS

A atenção à pessoa com deficiência envolve esforços de múltiplas instituições públicas e privadas, bem como de organizações civis, cujo objetivo final é a inclusão da pessoa com deficiência a sua comunidade, habilitando-a ao trabalho e ao exercício da vida social, segundo as suas possibilidades.

Nesse sentido, caberá aos gestores do SUS, de acordo com as suas respectivas competências e de forma articulada, criar as condições e atuar de modo a viabilizar o alcance do propósito desta Política, qual seja: reabilitar a pessoa com deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano - de modo a contribuir para a sua inclusão plena em todas as esferas da vida social - e proteger a saúde deste segmento populacional, bem como prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências. Essa forma de atuação significará compartilhar responsabilidades tanto no âmbito interno do setor saúde, quanto no contexto de outros setores.

Assim, nas suas respectivas áreas de abrangência, os gestores buscarão estabelecer processos permanentes de articulação e integração institucional, tendo em vista a consolidação de compromissos intersetoriais, os quais deverão configurar parcerias efetivas. Promoverão, também, a participação de diferentes segmentos da sociedade que possam contribuir para a implementação das diretrizes desta Política.

4.1. Articulação Intersetorial

No âmbito federal, o processo de articulação deverá envolver os setores a seguir identificados, com os quais procurar-se-á estabelecer parcerias que viabilizem o alcance dos objetivos preconizados.

A) Ministério da Educação;

A parceria com esse Ministério buscará, sobretudo:

a. A difusão, junto às instituições de ensino e da comunidade escolar, de informações relacionadas às deficiências, à prevenção e à limitação das incapacidades de modo a contribuir para a qualidade de vida desse segmento populacional;

b. O estímulo à criação de centros de referência em reabilitação nos hospitais universitários, com atuação integrada com o SUS, voltado ao atendimento da pessoa com deficiência, bem como ao treinamento contínuo de equipes interdisciplinares de reabilitação;

c. A garantia de retaguarda clínica às pessoas com deficiência inscritas na rede de ensino básico, em estreita parceria com as respectivas secretarias estaduais e municipais de educação e saúde;

d. A reavaliação e adequação de currículos, metodologias e material didático de formação de profissionais na área de saúde, visando o atendimento das diretrizes fixadas nesta Política;

e. A colaboração às secretarias de educação dos estados e municípios no treinamento e capacitação dos docentes para o trabalho com a pessoa com deficiência, tendo em vista a sua inclusão no ensino regular;

f. A inclusão nos currículos dos cursos de graduação da área de saúde de conteúdos relacionados à reabilitação.

B) Ministério da Previdência e Assistência Social;

A parceria com esse Ministério visará em especial:

a. A realização de pesquisas epidemiológicas junto aos seus segurados relativas às doenças potencialmente incapacitantes, sobretudo quanto aos seus impactos nos indivíduos e na família, na sociedade, na previdência social e no setor saúde;

b. O encaminhamento do segurado, com deficiência, reabilitado pelo sistema de saúde, para programas de trabalho com ênfase na reeducação profissional, no trabalho domiciliar e nas cooperativas de prestação de serviço;

c. A difusão, junto aos seus serviços e àqueles sob sua supervisão, de informações relativas à proteção da saúde do com deficiência, à prevenção secundária e à limitação ou recuperação de incapacidades;

d. A promoção de treinamento de grupos de cuidadores para a identificação de deficiências e a promoção de cuidados básicos à pessoa com deficiência, tendo em vista a manutenção da qualidade de vida;

e. A inclusão na rede do SUS das unidades da rede da assistência social que já desenvolvem ações de reabilitação multidisciplinares especializadas para o atendimento de todos os tipos de deficiência;

f. A promoção da observância das normas relativas à criação e ao funcionamento de instituições de reabilitação e que assistem pessoas com deficiência nas unidades próprias e naquelas sob a sua supervisão

C) Ministério da Justiça;

Com esse Ministério, buscar-se-á, sobretudo:

a. A observância de mecanismos, normas e legislação voltados à promoção e à defesa dos direitos da pessoa com deficiência no tocante às questões de saúde;

b. A promoção da aplicação dos dispositivos de segurança no trânsito, principalmente no tocante ao uso do cinto de segurança;

c. A promoção, junto aos estados e municípios, de processos educativos relacionados ao trânsito, voltados à redução do número de vítimas e a consequente diminuição de sequelas que determinam algum tipo de deficiência;

d. O fornecimento de subsídios ao Ministério Público no tocante à criminalização da discriminação e do preconceito referentes à recusa, retardo ou limitação dos serviços médicos, hospitalares e ambulatoriais à pessoa com deficiência;

e. O provimento ao cidadão com deficiência, em articulação com a Corde, das informações sobre os direitos conquistados na área da saúde.

D) Secretaria de Estado do Desenvolvimento Urbano;

Com essa Secretaria, a parceria objetivará, em especial:

a. A promoção de planos de habitação e moradia que permitam o acesso e a locomoção das pessoas com deficiência e que eliminem, portanto, barreiras arquitetônicas e ambientais que dificultam ou impedem a independência funcional destas pessoas;

b. A instalação de equipamentos comunitários públicos adequados à utilização da população com deficiência;

c. A promoção de ações na área de transportes urbanos que permitam e facilitem o deslocamento da pessoa com deficiência, sobretudo aquela que apresenta dificuldades de locomoção, na conformidade das normas existentes relativas à acessibilidade.

E) Ministério do Trabalho e Emprego;

Com esse Ministério, a parceria a ser estabelecida visará, principalmente:

a. A melhoria das condições de emprego, compreendendo a eliminação das discriminações no mercado de trabalho e a criação de condições que permitam a inserção da pessoa com deficiência na vida socioeconômica das comunidades;

b. A promoção de cursos e de materiais informativos voltados à eliminação do preconceito em relação à pessoa com deficiência destinados a empregadores.

c. O encaminhamento das pessoas com deficiência reabilitadas pelo sistema de saúde para cursos de capacitação profissional e inserção no mercado de trabalho.

F) Ministério do Esporte e Turismo;

A parceria objetivará em especial:

a. A implementação e o acompanhamento de programas esportivos e de atividades físicas destinados às pessoas com deficiência, tendo como base o conceito de qualidade de vida, e a utilização destas medidas para a manutenção dos ganhos funcionais obtidos com o programa de reabilitação;

b. A promoção de turismo adaptado à pessoa com deficiência, como elemento de qualidade de vida e inclusão social.

G) Ministério da Ciência e Tecnologia;

Buscar-se-á, com esse Ministério, o estabelecimento de parcerias que fomentem, sobretudo, o desenvolvimento de pesquisa na área da reabilitação, contemplando: 1) estudos de prevalência de incapacidades; 2) validação de novas tecnologias para diagnóstico e tratamento da pessoa com deficiência; 3) gerenciamento das informações referentes ao impacto social e funcional da reabilitação; 4) capacitação, reorganização e atualização tecnológica dos Centros de Reabilitação; e 5) avaliação da eficiência e eficácia dos modelos de atenção hospitalar, centro de reabilitação ambulatorial e assistência domiciliar.

4.2. Responsabilidades do Gestor Federal - Ministério da Saúde:

A) Implementar, acompanhar e avaliar a operacionalização desta Política, bem como os planos, programas e projetos dela decorrentes;

B) Assessorar os estados na formulação e na implementação de suas respectivas políticas, consoante às diretrizes aqui fixadas;

C) Criar mecanismos que vinculem a transferência de recursos às instâncias estadual e municipal, ao desenvolvimento de um modelo adequado de atenção à saúde e de reabilitação da pessoa com deficiência;

D) Promover a capacitação de recursos humanos necessários à implementação desta Política;

E) Apoiar a estruturação de centros de referência em reabilitação, preferencialmente localizados em instituições de ensino superior, envolvidas na formação contínua de recursos humanos específicos para a atenção à pessoa com deficiência;

F) Realizar e apoiar estudos e pesquisas de caráter epidemiológico, visando ampliar o conhecimento sobre a população com deficiência e subsidiar o planejamento de ações decorrentes desta Política;

G) Promover a disseminação de informações relativas à saúde da pessoa com deficiência, bem como de experiências exitosas em reabilitação;

H) Promover processo educativo voltado à eliminação do preconceito em relação à pessoa com deficiência;

I) Promover o fornecimento de medicamentos, órteses e próteses necessários à recuperação e à reabilitação da pessoa com deficiência;

J) Promover mecanismos que possibilitem a participação da pessoa com deficiência nas diversas instâncias do SUS, bem como o exercício do seu próprio papel no tocante à avaliação dos serviços prestados nas unidades de saúde;

K) Promover a criação, na rede de serviços do SUS, de unidades de cuidados diurnos em centros de reabilitação-dia, de atendimento domiciliar, bem como de outros serviços suplementares para a pessoa com deficiência;

L) Promover o desenvolvimento de ações de reabilitação utilizando os recursos comunitários, na conformidade do modelo preconizado pelas estratégias de saúde da família e de agentes comunitários;

M) Promover o cumprimento das normas e padrões de atenção das pessoas com deficiência nos estabelecimentos de saúde e nas instituições que prestam atendimento a estas pessoas;

N) Promover a adoção de práticas, estilos e hábitos de vida saudáveis por parte da população em geral, mediante a mobilização de diferentes segmentos da sociedade e por intermédio de campanhas publicitárias e de processos de educação permanente, visando a prevenção de deficiências;

O) Promover a adoção de práticas, estilos e hábitos de vida saudáveis por parte da população com deficiência, mediante a mobilização de diferentes segmentos da sociedade e por intermédio de campanhas publicitárias e de processos de educação permanente, visando prevenir agravos de deficiências já instaladas;

P) Prestar cooperação técnica aos estados e municípios na implementação das ações decorrentes desta Política;

Q) Organizar e manter sistema de informação e análise relacionadas à situação de saúde e das ações dirigidas à pessoa com deficiência.

4.3 Responsabilidades do Gestor Estadual - Secretaria Estadual de Saúde:

A) Elaborar, coordenar e executar a política estadual das pessoas com deficiência, consoante a esta Política Nacional;

B) Promover a elaboração e ou adequação dos planos, programas, projetos e atividades decorrentes desta Política;

C) Promover processo de articulação entre os diferentes setores no Estado, com vistas a implementação das Políticas Nacional e Estadual de Saúde da Pessoa com Deficiência;

D) Promover a capacitação de recursos humanos necessários à consecução das Políticas Nacional e Estadual;

E) Promover o acesso da pessoa com deficiência aos medicamentos, órteses e próteses e outros insumos necessários a sua recuperação e reabilitação;

F) Prestar cooperação técnica aos municípios na implementação das ações decorrentes desta Política;

G) Viabilizar a participação da pessoa com deficiência nas diversas instâncias do SUS;

H) Promover a criação, na rede de serviços do SUS, de unidades de cuidados diurnos - centros-dia -, de atendimento domiciliar e de outros serviços complementares para o atendimento da pessoa com deficiência;

I) Promover o desenvolvimento de ações de reabilitação, utilizando os recursos comunitários, conforme o modelo preconizado pelas estratégias de saúde da família e de agentes comunitários;

J) Promover a adoção de práticas, estilos e hábitos de vida saudáveis, por parte população em geral, mediante a mobilização de diferentes segmentos da sociedade e por intermédio de campanhas publicitárias e de processos de educação permanentes, visando prevenir deficiências;

K) Promover a adoção de práticas, estilos e hábitos de vida saudáveis por parte da população com deficiência, mediante a mobilização de diferentes segmentos da sociedade e por intermédio de campanhas publicitárias e de processos de educação permanentes, visando prevenir agravos de deficiências já instaladas;

L) Organizar e manter sistemas de informação e análise relacionadas à situação de saúde e das ações dirigidas à pessoa com deficiência;

M) Promover o cumprimento das normas e padrões de atenção às pessoas com deficiência nos serviços de saúde e nas instituições que cuidam destas pessoas;

N) Promover a organização de rede de atenção à saúde das pessoas com deficiência na conformidade das diretrizes aqui estabelecidas;

4.4. Responsabilidades do Gestor Municipal - Secretaria Municipal de Saúde ou organismo correspondente:

- A) Coordenar e executar as ações decorrentes das Políticas Nacional e Estadual de Saúde da Pessoa com Deficiência, definindo componentes específicos que devem ser implementados no seu âmbito respectivo;
- B) Promover as medidas necessárias visando à integração da programação municipal à do Estado;
- C) Promover o treinamento e a capacitação de recursos humanos necessários à operacionalização das ações e atividades específicas na área de saúde da pessoa com deficiência;
- D) Promover o acesso a medicamentos, órteses e próteses necessários à recuperação e reabilitação da pessoa com deficiência;
- E) Estimular e viabilizar a participação da pessoa com deficiência nas instâncias do SUS;
- F) Promover a criação, na rede de serviço do SUS, de unidades de cuidados diurnos - centros-dia -, de atendimento domiciliar e de outros serviços alternativos para a pessoa com deficiência;
- G) Viabilizar o desenvolvimento de ações de reabilitação, utilizando os recursos comunitários, conforme o modelo preconizado pelas estratégias de saúde da família e de agentes comunitários;
- H) Organizar e coordenar a rede de atenção à saúde das pessoas com deficiência na conformidade das diretrizes aqui estabelecidas;
- I) Promover a adoção de práticas, estilos e hábitos de vida saudáveis por parte da população em geral, visando a prevenção de deficiências;
- J) Promover a adoção de práticas, estilos e hábitos de vida saudáveis por da população com deficiência visando prevenir agravos de deficiências já instaladas;
- L) Organizar e manter sistemas de informação e análise relacionados à situação de saúde e das ações dirigidas à pessoa com deficiência;
- M) Realizar a articulação com outros setores existentes no âmbito municipal, visando a promoção da qualidade de vida da pessoa com deficiência;
- N) Apoiar a formação de entidades voltadas para a promoção da vida independente, de forma integrada com outras instituições que prestam atendimento às pessoas com deficiência.

5. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

A implementação desta Política Nacional está pautada em processo de acompanhamento e avaliação permanente que permita o seu contínuo aperfeiçoamento, a partir das necessidades que venham a ser indicadas na sua prática.

Para o desenvolvimento do processo, serão definidos indicadores e parâmetros específicos os quais, aliados aos dados e informações geradas pela avaliação dos planos, programas, projetos e atividades que operacionalizarão esta Política, possibilitarão conhecer o grau de alcance do seu propósito, bem como o impacto sobre a qualidade de vida das pessoas com deficiência.

Entre os indicadores que poderão ser utilizados nesse processo, figuram, por exemplo: índices de cobertura assistencial; taxa de capacitação de recursos humanos; distribuição de medicamentos, órteses e próteses; taxa de implementação de novos leitos de reabilitação; comparações de informações gerenciais; taxas de morbidade; censos demográficos; pesquisa por amostragem domiciliar.

Ao lado disso, no processo de acompanhamento e avaliação referido, deverão ser estabelecidos mecanismos que favoreçam também verificar em que medida a presente Política tem contribuído para o cumprimento dos princípios e diretrizes de funcionamento do SUS, explicitados na Lei n.º 8.080/90, sobretudo no seu Capítulo II, art. 7º. Entre esses, destacam-se:

a “integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do Sistema” (inciso II);

a “preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral” (inciso III);

a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie” (inciso IV);

o “direito à informação, às pessoas assistidas, sobre a sua saúde” (inciso V);

a “divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário” (inciso VI); e

a “a capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis da assistência” (inciso XII).

6. TERMINOLOGIA

Abordagem multiprofissional e interdisciplinar - assistência prestada por equipe constituída por profissionais de especialidades diferentes, que desenvolve processo terapêutico centrado em objetivos hierarquizados, de acordo com as incapacidades apresentadas pelo paciente.

Acidentes vâsculo-encefálico - alteração na vascularização do cérebro que pode ser isquêmico ou hemorrágico.

Ações básicas de reabilitação - ações que visam minimizar as limitações e desenvolver habilidades, ou incrementá-las, compreendendo avaliações, orientações e demais intervenções terapêuticas necessárias, tais como: prevenção de deformidades, estimulação para pessoas com distúrbios da comunicação, prescrição e fornecimento de próteses etc.

Ações complexas de reabilitação - ações que se utilizam-se de tecnologia apropriada com o objetivo de conseguir maior independência funcional da pessoa com deficiência.

Aconselhamento genético - orientação fornecida após a realização de exames genéticos prévios que possibilitam verificar a probabilidade de se ter filhos com problemas genéticos.

Alterações da fala e linguagem - constituem-se em perda ou anormalidade de caráter permanente, apesar de parcialmente recuperáveis com a terapia, que geram incapacidades para o desempenho de atividades dentro do padrão considerado normal para o ser humano.

Anemia falciforme - defeito na hemácia, que se torna disforme quando há baixa de oxigenação no sangue, sendo destruída.

Anóxia perinatal - falta de oxigênio no parto, que pode provocar uma lesão no cérebro.

(240) Assistência ou atendimento em reabilitação - terapia realizada para reabilitar os pacientes no desenvolvimento de sua capacidade funcional dentro de suas limitações.

Atendimento hospitalar em reabilitação - terapias realizadas em nível hospitalar visando reabilitar os pacientes no desenvolvimento de sua capacidade funcional dentro de suas limitações.

Avaliação funcional - avaliar a capacidade de o indivíduo em manter as habilidades motoras, mentais e sensoriais para uma vida independente e autônoma.

Bolsa de ostomia - bolsa coletora de secreções intestinais.

Capacidade adaptativa - capacidade de se adequar a uma nova situação.

Capacidade funcional - capacidade de o indivíduo manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma; avaliação do grau de capacidade funcional é feita mediante o uso de instrumentos multidimensionais.

Cardiopatas - qualquer processo ou doença do coração.

Centros de Referência em Reabilitação - serviços do setor saúde nos quais são realizadas a reabilitação em nível terciário, pesquisas e capacitação de recursos humanos.

Condições funcionais - situação encontrada após a avaliação funcional.

Condutas típicas - "manifestações de comportamento típicos de pessoas com síndromes e quadros psicológicos, neurológicos ou psiquiátricos que ocasionam atrasos no desenvolvimento e prejuízo no relacionamento social, em grau que requeira atendimento especializado" (MEC, 1994).

Deficiência auditiva - perda total ou parcial da capacidade de ouvir.

Deficiência mental - caracteriza-se por registrar um funcionamento intelectual geral significativamente abaixo da média, com limitações associadas a duas ou mais áreas da conduta adaptativa ou da capacidade do indivíduo em responder adequadamente às demandas da sociedade. (Associação Americana de Deficiência Mental - AAMD).

Deficiência motora - refere-se ao comprometimento do aparelho locomotor, que compreende o sistema ósteo-articular, o sistema muscular e o sistema nervoso. As doenças ou lesões que afetam quaisquer desses sistemas, isoladamente ou em conjunto, podem produzir quadros de limitações físicas de grau e gravidade variáveis, segundo os segmentos corporais afetados e o tipo de lesão ocorrida.

Deficiência visual - engloba tanto a cegueira quanto a baixa visão.

Deficit neurológico - comprometimento ou perda da função causada por lesões no sistema nervoso.

Diagnóstico etiológico - determina a causa das doenças, quer diretas, quer predisponentes, e do seu mecanismo de ação.

Diagnóstico sindrômico - determina o grupo de sintomas e sinais que, considerados em conjunto, caracterizam uma moléstia ou lesão.

Diagnóstico funcional - determina a ação normal ou especial de um órgão e grau de comprometimento.

Equipe básica de reabilitação - equipe cuja composição é interdisciplinar - médico e enfermeiro - com a presença ou não de equipe auxiliar treinada.

Erros inatos do metabolismo - doença na qual o organismo não consegue eliminar determinadas substâncias que produz e que lhe causam doenças.

Exame de cariótipo - exame genético mediante o qual são descobertas as anomalias.

Fatores perinatais - ocorrências identificadas no período que vai desde a vigésima semana ou mais de gestação e termina após o vigésimo oitavo dia do nascimento.

Fatores pós-natais - ocorrências identificadas após o nascimento.

Fenilcetonúria - doença metabólica hereditária, na qual existe uma deficiência de fenilalanina-hidroxilase que, quando não tratada, acarreta retardamento mental (Dicionário Médico - Blakiston)

Genética clínica - é ramo da medicina que trata dos fenômenos da hereditariedade.

Habilitação - processo de desenvolvimento de habilidades.

Hemiplégicos - pessoas com paralisia de um dos lados do corpo.

Hemofilia - transtorno de coagulação, caracterizado por transmissão recessiva ligada ao sexo, produzindo uma coagulação anormal ou deficiente do plasma.

Hemoglobinopatias - doenças relacionadas com as alterações na hemoglobina ou alteração dos glóbulos vermelhos do sangue

Hipertireoidismo congênito - estado funcional resultante de insuficiência de hormônios tireoidianos de origem congênita.

Hipoxemia - diminuição do teor de oxigênio no sangue.

Índice de Apgar - avaliação quantitativa das condições do recém-nascido com um a cinco minutos de vida, obtida pela atribuição de pontos à qualidade da frequência cardíaca ao esforço respiratório, à cor, ao tônus muscular e a reação ao estímulo; somando esses pontos, o máximo do melhor índice será de dez.

Inteligência conceitual - refere-se às capacidades fundamentais da inteligência, envolvendo suas dimensões abstratas.

Inteligência prática - refere-se à habilidade de se manter e de se sustentar como pessoa independente nas atividades da vida diária. Inclui capacidades como habilidades sensório-motoras, de autocuidado e segurança, de desempenho na comunidade e na vida acadêmica, de trabalho e de lazer, autonomia.

Inteligência social - refere-se à habilidade para compreender as expectativas sociais e o comportamento de outras pessoas, bem como ao comportamento adequado em situações sociais.

Internação em reabilitação - internação realizada pós-trauma visando ações de reabilitação intensas e frequentes.

Internamento (ou internação) no domicílio - assistência médica e paramédica prestada no domicílio.

Lesão - alteração estrutural ou funcional devida a uma doença. Comumente esse termo é utilizado em relação às alterações morfológicas.

Lesão medular - alteração da estrutura funcional da medula.

Lesão traumática - alteração produzida por um agente mecânico ou físico.

Lesões nervosas - alterações no sistema nervoso.

Lesões neuromusculares - alteração estrutural ou funcional dos nervos e músculos.

Lesões osteoarticulares - alteração estrutural ou funcional nos ossos e articulações.

Manutenção de ganhos funcionais - treinamento contínuo objetivando a preservação das aquisições motoras, mentais ou sensoriais já adquiridas.

Nefropatias - doenças que acometem o sistema renal.

Núcleo (ou centro) de atendimento em reabilitação - local onde é realizado um conjunto de terapias e outras ações destinado a possibilitar às pessoas com deficiência o alcance de sua autonomia funcional.

Orientação prognóstica - aconselhamento na predição da provável evolução e do desfecho de uma doença, lesão ou anomalia.

Órtese - aparelhagem destinada a suprir ou corrigir a alteração morfológica de um órgão, de um membro ou de um segmento de um membro, ou a deficiência de uma função.

Ostomias - são órgãos ou parte interna do organismo que não se comunica com o meio externo e que por alguma anormalidade passa a se comunicar.

Osteoporose - desossificação, com decréscimo absoluto de tecido ósseo, acompanhada de fraqueza estrutural.

Ototoxicose - substâncias tóxicas que afetam a audição.

Paralisia cerebral - qualquer comprometimento de funções neurológicas devido a lesões cerebrais congênitas (anomalia do desenvolvimento durante o primeiro trimestre da gravidez) ou adquirida (ocasionadas por um parto difícil ou por traumatismo acidental durante os primeiros meses de vida).

Paraplégicos - paralisia dos membros inferiores.

Perda auditiva neurossensorial - um tipo de surdez.

Perturbações psiquiátricas - doenças ou transtornos mentais e emotivos.

Prevenção secundária - consiste no tratamento da doença já instalada, visando evitar o aparecimento de deficiências ou incapacidades.

Processo reabilitativo - ver reabilitação.

Prótese - aparelho ou dispositivo destinado a substituir um órgão, um membro ou parte do membro destruído ou gravemente acometido.

Reabilitação - segundo o Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiência da ONU, "é um processo de duração limitada e com objetivo definido, com vista a permitir que uma pessoa com deficiência alcance o nível físico, mental e/ou social funcional ótimo, proporcionando-lhe assim os meios de modificar a sua própria vida. Pode compreender medidas com vista a compensar a perda de uma função ou uma limitação funcional (por exemplo ajudas técnicas) e outras medidas para facilitar ajustes ou reajustes sociais".

Retinopatia diabética - doença da retina causada pela diabetes.

Rubéola - doença contagiosa benigna e aguda, causada por vírus, das crianças e dos adultos jovens, caracterizada por febre, exantema pouco intenso e linfonopatia fetais, quando a infecção materna ocorre no início da gravidez.

Serviços de apoio à vida cotidiana - ações desenvolvidas por pessoal treinado visando auxiliar as pessoas com deficiência nas atividades de vida diária e de vida prática.

Tecnologia assistiva - conjunto de medidas adaptativas ou equipamentos que visam a facilitar a independência funcional das pessoas com deficiência.

Transtornos congênitos - alterações decorrentes de fatores hereditários.

Transtornos orgânicos - alterações que interferem no funcionamento do organismo.

Transtornos perinatais - alterações que ocorrem durante o nascimento.

7. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

ARAÚJO, Luís Alberto David. A proteção constitucional das pessoas portadoras de deficiência. Brasília: Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, 1994. 140 p.

BARROS Filho, T.E.P. et all. Revista Hospital das Clínicas, São Paulo, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 45(3): 123-126, 1990.

BRASIL. Constituição República Federativa do Brasil (1988). Brasília. Senado Federal, Centro Gráfico. 1998. 292p.

BRASIL. Coordenadoria Nacional para a Pessoa Portadora de Deficiência. Conselho Consultivo. Subsídios para planos de ação dos governos federal e estadual na área de atenção ao portador de deficiência. Brasília: CORDE, 1994.

BRASIL. Coordenadoria Nacional para a Pessoa Portadora de Deficiência. Política nacional de prevenção de deficiências. Ministério da Ação Social - CORDE, Brasília, 1992.

BRASIL. Relatório da Câmara Técnica sobre Reabilitação Baseada na Comunidade. Ministério da Justiça. SDC. CORDE.1995.

BRASIL. Lei de diretrizes e bases (DO QUÊ?). 1996.

BRASIL. MEC. Secretaria de Educação Especial. Política Nacional de Educação Especial. Livro 1, Brasília, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica 01/96 do Sistema Único de Saúde. Brasília:1997

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Promoção da Saúde. Brasília.1998. Texto mimeo.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Atenção a Grupos Especiais. Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Atenção à pessoa portadora de deficiência no Sistema Único de Saúde: planejamento e organização de serviços. Brasília. 1995. 48 pgs.

BRITO, P. Veitzman, S. Causas da cegueira em criança. Arquivo brasileiro de oftalmologia, 1998.

CASTRO JUNIOR, N.P.; LOPES FILHO, O.C.; FIGUEIREDO, M.S.; REDONDO, M.C. Deficiência auditiva infantil: aspectos de incidência, etiologia e avaliação audiológica. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, v.46, p.228-36, 1980.

_____. Do estudo da audiometria de tronco cerebral em neonatos normais e de alto risco. São Paulo, 1991. 78p. Tese (doutorado). Escola Paulista de Medicina. CIDID

(319) CLIFTON. G.L. Spinal Coord in Jury in the Houston Galveston Area. In: Tex - Med 79:55-8, 1983 - EUA.

COMITE DE DEFESA DOS DIREITOS DA CRIANÇA. Prevenção de deficiências. Brasília. Corde, s/data. 34 pgs.

CHRISTENSEN, E. e MELCHIOR, J. Cerebral Palsy. A Clinical and Neuropathological Study. Clinic in Development Medicine. N.º 25 W. Heinemann-London, 1967

Declaração de Salamanca e linha de ação sobre necessidades educativas especiais. tradução Edilson Alkimim da Cunha. 2ª edição. Brasília: Corde. 1997. 54 ps.

DIAMENT, A. e Cypel, S. Neurologia Infantil. 3ª edição. Livraria Atheneu, 1996.

FOSTER, Allen. Blindness prevention, Statistics and principles of control, workshop of ocular health, São Paulo, 1999.

INFORMAPAE. Boletim mensal da Federação Nacional das APAES. Ano IV, Janeiro de 1996.

JANNUZI, G. S.M. JANNUZI, N. Portadores de necessidades especiais no Brasil: reflexões a partir do censo demográfico 1991. SEESP, MEC, Brasília: Revista Integração, ano 7: 18, 1997. P.40-46.

KARA José. ALMEIDA, Vicente N. de, et alli. Causas de deficiência visual em crianças. Bol of Panam, 1997. (5) Pg. 405- 412. 1994.

LAURENTI. R. et all. Estatística de Saúde, São Paulo. EPU, 1990.

LEITE, Ama e Maranhão, H.P. Situação do Atendimento dos Portadores de Necessidades Educativas Especiais nos Municípios do estado do RJ. Resultados. Rio de Janeiro, outubro/98.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Atenção à pessoa portadora de deficiência no Sistema Único de Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Atenção a Grupos Especiais.

MAIOR, Isabel Maria M. L. Políticas públicas sociais para as pessoas portadoras de deficiência no Brasil. Cadernos de Pesquisa n07, São Paulo: CEBRAP.1997. pg.31 a 47.

NALLIN, Araci. Reabilitação em instituição: suas razões e procedimentos: análise de representação do discurso. Brasília: Corde, 1985. 184 ps.

Normas e recomendações internacionais sobre a deficiência. tradução Edilson Alkimim Cunha, Brasília: Corde, 1996. 113ps.

OMS. Classificación internacional de las deficiencias actividades e participacion: um manual de las dimensiones de la inhabilitacion e su funcionamiento. Genebra. 1997. Versão preliminar.

Programa de ação mundial para as pessoas com deficiências. Tradução Edilson Alkmin da Cunha, Brasília: Corde, 1996.

REGULY, Vanessa Soledade. A inserção dos deficientes físicos no mercado de trabalho na região metropolitana de Salvador. Salvador:1998. Monografia apresentada à UNIFACS.

RIBAS, João Batista Cintra. As pessoas portadoras de deficiência na sociedade brasileira. Brasília: Corde, 1997.

Educação inclusiva, desenho universal e integração. HYPER- LINK <http://www.gente.especial.com.br/arquitetura.htm>

SALIMENE, ACM. Sexo: caminho para a reabilitação. São Paulo:Cortez, 1995.

SASSAKI, Romeu Kazumi. Inclusão social: os novos paradigmas para todos os grupos minoritários. 1997. [Htp://www.entreamigos.com.br/temas](http://www.entreamigos.com.br/temas).

SILVEIRA, J.A.M. Estudo da deficiência auditiva em crianças submetidas a exames de potenciais evocados auditivos: etiologia, grau da deficiência e precocidade diagnóstica. São Paulo, 1992. 107p. Tese (doutorado) Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

TARICO, M.C. et all, The social and vocational outcome of spinal cor injury patients. In: Paraplegia, the International Journal of Spinal Cord, vol 30:3, 1992, 214-219, International Medical Society of Paraplegia.

TARTARELA. M B et alli. Visão subnormal em crianças. Arquivos brasileiros de oftalmologia. 54 (5). Pg. 221-224. 1991.

UNICEF. Deficiência Infantil: Sua Prevenção e Reabilitação. Relatório da Rehabilitation International, Junta Executiva do UNICEF, 1980.

WHO/PBL 93-27. Management of low vision in children, Bangkok, 1992

WHO/PBL 97.61. Global Initiative for the Elimination of Avoidable Blindness. Programme for the Prevention of Blindness and Deafness. 1997.

ANEXO XIV

Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Origem: PRT MS/GM 254/2002)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, na forma do Anexo 1 do Anexo XIV . (Origem: PRT MS/GM 254/2002, Art. 1º)

Art. 2º Os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da política ora aprovada, promoverão a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas. (Origem: PRT MS/GM 254/2002, Art. 2º)

Art. 3º Ficam aprovadas as diretrizes da Gestão da Saúde Indígena na forma do Anexo 2 do Anexo XIV. (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Art. 1º)

ANEXO 1 DO ANEXO XIV

Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Origem: PRT MS/GM 254/2002, Anexo 1)

Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

1 - Introdução

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas integra a Política Nacional de Saúde, compatibilizando as determinações das Leis Orgânicas da Saúde com as da Constituição Federal, que reconhecem aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais e seus direitos territoriais.

Esta proposta foi regulamentada pelo Decreto n.º 3.156, de 27 de agosto de 1999, que dispõe sobre as condições de assistência à saúde dos povos indígenas, e pela Medida Provisória n.º 1.911-8, que trata da organização da Presidência da República e dos Ministérios, em que está incluída a transferência de recursos humanos e outros bens destinados às atividades de assistência à saúde da FUNAI para a FUNASA, e pela Lei nº 9.836/99, de 23 de setembro de 1999, que estabelece o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do SUS.

A implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas requer a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços - voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde, que garanta aos índios o exercício de sua cidadania nesse campo. Para sua efetivação, deverá ser criada uma rede de serviços nas terras indígenas, de forma a superar as deficiências de cobertura, acesso e aceitabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) para essa população. É indispensável, portanto, a adoção de medidas que viabilizem o aperfeiçoamento do funcionamento e a adequação da capacidade do Sistema, tornando factível e eficaz a aplicação dos princípios e diretrizes da descentralização, universalidade, equidade, participação comunitária e controle social. Para que esses princípios possam ser efetivados, é necessário que a atenção à saúde se dê de forma diferenciada, levando-se em consideração as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos. Assim, dever-se-á desenvolver e fazer uso de tecnologias apropriadas por meio da adequação das formas ocidentais convencionais de organização de serviços.

Com base nesses preceitos, foi formulada a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, cuja elaboração contou com a participação de representantes dos órgãos responsáveis pelas políticas de saúde e pela política e ação indigenista do governo, bem como de organizações da sociedade civil com trajetória reconhecida no campo da atenção e da formação de recursos humanos para a saúde dos povos indígenas. Com o propósito de garantir participação indígena em todas as etapas de formulação, implantação, avaliação e aperfeiçoamento da Política, a elaboração desta proposta contou com a participação de representante das organizações indígenas, com experiência de execução de projetos no campo da atenção à saúde junto a seu povo.

2 - Antecedentes

No Brasil, a população indígena, estimada em cerca de 5 milhões de pessoas no início do Século XVI, comparável à da Europa nesta mesma época, foi dizimada pelas expedições punitivas às suas manifestações religiosas e aos seus movimentos de resistência, mas, principalmente, pelas epidemias de doenças infecciosas, cujo impacto era favorecido pelas mudanças no seu modo de vida impostas pela colonização e cristianização (como escravidão, trabalho forçado, maus tratos, confinamento e sedentarização compulsória em aldeamentos e internatos).

A perda da autoestima, a desestruturação social, econômica e dos valores coletivos (muitas vezes da própria língua, cujo uso chegava a ser punido com a morte) também tiveram um papel importante na diminuição da população indígena. Até hoje há situações regionais de conflito, em que se expõe toda a trama de interesses econômicos e sociais que configuram as relações entre os povos indígenas e demais segmentos da sociedade nacional, especialmente no que se refere à posse da terra, exploração de recursos naturais e implantação de grandes projetos de desenvolvimento.

Desde o início da colonização portuguesa, os povos indígenas foram assistidos pelos missionários de forma integrada às políticas dos governos. No início do Século XX, a expansão das fronteiras econômicas para o Centro-Oeste e a

construção de linhas telegráficas e ferrovias provocaram numerosos massacres de índios e elevados índices de mortalidade por doenças transmissíveis que levaram, em 1910, à criação do Serviço de Proteção ao Índio e Trabalhadores Nacionais (SPI). O órgão, vinculado ao Ministério da Agricultura, destinava-se à proteger os índios, procurando o seu enquadramento progressivo e o de suas terras no sistema produtivo nacional.

Uma política indigenista começou a se esboçar com inspiração positivista, em que os índios, considerados num estágio infantil da humanidade, passaram a ser vistos como passíveis de "evolução" e integração na sociedade nacional por meio de projetos educacionais e agrícolas. A assistência à saúde dos povos indígenas, no entanto, continuou desorganizada e esporádica. Mesmo após a criação do SPI, não se instituiu qualquer forma de prestação de serviços sistemática, restringindo-se a ações emergenciais ou inseridas em processos de "pacificação".

Na década de 50, foi criado o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), no Ministério da Saúde, com o objetivo de levar ações básicas de saúde às populações indígena e rural em áreas de difícil acesso. Essas ações eram essencialmente voltadas para a vacinação, atendimento odontológico, controle de tuberculose e outras doenças transmissíveis.

Em 1967, com a extinção do SPI, foi criada a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), que, baseando-se no modelo de atenção do SUSA, criou as Equipes Volantes de Saúde (EVS). Essas equipes realizavam atendimentos esporádicos às comunidades indígenas de sua área de atuação, prestando assistência médica, aplicando vacinas e supervisionando o trabalho do pessoal de saúde local, geralmente auxiliares ou atendentes de enfermagem.

A FUNAI, após a crise financeira do Estado brasileiro pós-milagre econômico da década de 70, teve dificuldades de diversas ordens para a organização de serviços de atenção à saúde que contemplassem a grande diversidade e dispersão geográfica das comunidades: carência de suprimentos e capacidade administrativa de recursos financeiros, precariedade da estrutura básica de saúde, falta de planejamento das ações e organização de um sistema de informações em saúde adequado, além da falta de investimento na qualificação de seus funcionários para atuarem junto a comunidades culturalmente diferenciadas.

Com o passar do tempo, os profissionais das EVS foram se fixando nos centros urbanos, nas sedes das administrações regionais, e a sua presença nas aldeias se tornava cada vez mais esporádica, até não mais ocorrer. Alguns deles, em geral pouco qualificados, ficaram lotados em postos indígenas, executando ações assistenciais curativas e emergenciais sem qualquer acompanhamento. Era frequente funcionários sem qualificação alguma na área da saúde prestarem atendimentos de primeiros socorros ou até de maior complexidade, devido à situação de isolamento no campo.

As iniciativas de atenção à saúde indígena geralmente ignoravam os sistemas de representações, valores e práticas relativas ao adoecer e buscar tratamento dos povos indígenas, bem como seus próprios especialistas. Estes sistemas tradicionais de saúde se apresentam numa grande diversidade de formas, sempre considerando as pessoas integradas ao contexto de suas relações sociais e com o ambiente natural, consistindo ainda num recurso precioso para a preservação ou recuperação de sua saúde.

Em 1988, a Constituição Federal estipulou o reconhecimento e respeito das organizações socioculturais dos povos indígenas, assegurando-lhes a capacidade civil plena - tornando obsoleta a instituição da tutela - e estabeleceu a competência privativa da União para legislar e tratar sobre a questão indígena. A Constituição também definiu os princípios gerais do SUS, posteriormente regulamentados pela Lei 8.080/90, e estabeleceu que a direção única e a responsabilidade da gestão federal do Sistema são do Ministério da Saúde.

Para debater a saúde indígena, especificamente, foram realizadas, em 1986 e 1993, a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio e a II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, por indicação da VIII e IX Conferências Nacionais de Saúde, respectivamente. Essas duas Conferências propuseram a estruturação de um modelo de atenção diferenciada, baseado na estratégia de Distritos Sanitários Especiais Indígenas, como forma de garantir aos povos indígenas o direito ao acesso universal e integral à saúde, atendendo às necessidades percebidas pelas comunidades e envolvendo a população indígena em todas as etapas do processo de planejamento, execução e avaliação das ações.

Em fevereiro de 1991, o Decreto Presidencial nº 23 transferiu para o Ministério da Saúde a responsabilidade pela coordenação das ações de saúde destinadas aos povos indígenas, estabelecendo os Distritos Sanitários Especiais Indígenas como base da organização dos serviços de saúde. Foi então criada, no Ministério da Saúde, a Coordenação de Saúde do Índio (COSAI), subordinada ao Departamento de Operações (DEOPE) da Fundação Nacional de Saúde, com a atribuição de implementar o novo modelo de atenção à saúde indígena.

No mesmo ano, a Resolução 11, de 13 de outubro de 1991, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), criou a Comissão Intersectorial de Saúde do Índio (CISI), tendo como principal atribuição assessorar o CNS na elaboração de princípios e diretrizes de políticas governamentais no campo da saúde indígena. Inicialmente sem representação indígena, os próprios membros da CISI reformularam sua composição e, com a saída espontânea de representantes do CNS, da Secretaria de Meio Ambiente, dentre outros, abriu-se 4 das 11 vagas para representantes de organizações indígenas.

Em sentido oposto ao processo de construção da política de atenção à saúde indígena no âmbito do SUS, em 19 de maio de 1994 o Decreto Presidencial nº 1.141/94 constituiu uma Comissão Intersectorial de Saúde (CIS), com a participação de vários Ministérios relacionados com a questão indígena, sob a coordenação da FUNAI. O decreto devolve, na prática, a coordenação das ações de saúde à FUNAI. A CIS aprovou, por intermédio da Resolução nº 2, de outubro de 1994, o "Modelo de Atenção Integral à Saúde do Índio", que atribuía a um órgão do Ministério da Justiça, a FUNAI, a responsabilidade sobre a recuperação da saúde dos índios doentes, e a prevenção, ao Ministério da Saúde, que seria responsável pelas ações de imunização, saneamento, formação de recursos humanos e controle de endemias.

Desde então, a FUNASA e a FUNAI dividiram a responsabilidade sobre a atenção à saúde indígena, passando a executar, cada uma, parte das ações, de forma fragmentada e conflituosa. Ambas já tinham estabelecido parcerias com municípios, organizações indígenas e não-governamentais, universidades, instituições de pesquisa e missões religiosas. Os convênios celebrados, no entanto, tinham pouca definição de objetivos e metas a serem alcançados e de indicadores de impacto sobre a saúde da população indígena.

2.1 - Situação atual de saúde

A população indígena brasileira é estimada em, aproximadamente, 350.000 pessoas, pertencentes a cerca de 210 povos, falantes de mais de 170 línguas identificadas. Cada um destes povos tem sua própria maneira de entender e se organizar diante do mundo, que se manifesta nas suas diferentes formas de organização social, política, econômica e de relação com o meio ambiente e ocupação de seu território. Diferem também no que diz respeito à antiguidade e experiência histórica na relação com as frentes de colonização e expansão da sociedade nacional, havendo desde grupos com mais de três séculos de contato intermitente ou permanente, principalmente nas regiões litorânea e do Baixo Amazonas, até grupos com menos de dez anos de contato. Há indícios da existência de 55 grupos que permanecem isolados, sendo que, com 12 deles, a Fundação Nacional do Índio, FUNAI, vem desenvolvendo algum tipo de trabalho de reconhecimento e regularização fundiária. Por outro lado, há também aqueles, como os Potiguara, Guarani e Tupiniquim, cujos ancestrais presenciaram a chegada das primeiras embarcações que cruzaram o Atlântico há cinco séculos.

Os povos indígenas estão presentes em todos os estados brasileiros, exceto no Piauí e Rio Grande do Norte, vivendo em 567 terras indígenas que se encontram em diferentes situações de regularização fundiária e que ocupam cerca de 12% do território nacional. Uma parcela vive em áreas urbanas, normalmente em periferias.

Cerca de 60% dessa população vivem no Centro-Oeste e Norte do país, onde estão concentradas 98,7% das terras indígenas.

Os outros 40% da população indígena estão confinados em apenas 1,3% da extensão das terras indígenas, localizadas nas regiões mais populosas do Nordeste, Leste e Sul do país:

Ainda que numericamente constituam uma parcela de somente 0,2% da população brasileira, em algumas regiões a presença indígena é significativa. Em Roraima, por exemplo, representa cerca de 15% da população do estado; 4% no Amazonas; e 3% no Mato Grosso do Sul. Tomando-se como base a população municipal, em grande número de localidades a população indígena é maioria, tanto em municípios amazônicos, quanto em outros das regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste.

Os povos indígenas enfrentam situações distintas de tensão social, ameaças e vulnerabilidade. A expansão das frentes econômicas (extrativismo, trabalho assalariado temporário, projetos de desenvolvimento) vem ameaçando a integridade do ambiente nos seus territórios e também os seus saberes, sistemas econômicos e organização social.

Muitos desses povos estão ameaçados de desaparecimento, sendo que entre alguns deles o número de indivíduos se reduziu a ponto de comprometer a sua reprodução biológica. O Estado de Rondônia, onde uma intensa atividade madeireira, garimpeira e agropecuária tem provocado altíssima mortalidade, numa população hoje estimada em 6.284 pessoas, remanescentes de 22 povos, é um dos exemplos nesse sentido. Enquanto que algumas dessas sociedades passam por processo de recuperação populacional, como os Pakaas Novos, por exemplo, que hoje são mais de 1.900, outros, como os Latundê, sofreram um processo de redução e contam atualmente com apenas 37 pessoas.

Em termos gerais observa-se um crescimento demográfico entre os povos indígenas do país, fato normalmente associado à conservação do ambiente natural, estabilização das relações interétnicas, demarcação das terras indígenas e melhoria do acesso aos serviços de atenção básica à saúde.

Não se dispõe de dados globais fidedignos sobre a situação de saúde dessa população, mas sim de dados parciais, gerados pela FUNAI, pela FUNASA e diversas organizações não-governamentais ou ainda por missões religiosas que, por meio de projetos especiais, têm prestado serviços de atenção à saúde aos povos indígenas. Embora precários, os dados disponíveis indicam, em diversas situações, taxas de morbidade e mortalidade três a quatro vezes maiores que aquelas encontradas na população brasileira em geral. O alto número de óbitos sem registro ou indexados sem causas definidas confirmam a pouca cobertura e a baixa capacidade de resolução dos serviços disponíveis.

Em relação à morbidade, verifica-se uma alta incidência de infecções respiratórias e gastrointestinais agudas, malária, tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis, desnutrição e doenças preveníveis por vacinas, evidenciando um quadro sanitário caracterizado pela alta ocorrência de agravos que poderiam ser significativamente reduzidos com o estabelecimento de ações sistemáticas e continuadas de atenção básica à saúde no interior das áreas indígenas.

De acordo com dados consolidados dos relatórios de 1998, de 22 das 47 administrações regionais da Fundação Nacional do Índio, sobre uma população de cerca de 60 mil indivíduos, foram registrados 466 óbitos, quase 50% deles entre menores de cinco anos de idade, tendo como causas mais frequentes as doenças transmissíveis, especialmente as infecções das vias respiratórias e as parasitoses intestinais, a malária e a desnutrição. As causas externas, especialmente a violência e o suicídio, são a terceira causa de mortalidade conhecida entre a população indígena no Brasil, afetando sobretudo regiões com Mato Grosso do Sul e Roraima.

Por sua vez, os dados consolidados no Relatório de Atividades de 1998, da Coordenação de Saúde do Índio/FUNASA, baseiam-se no material enviado pelas equipes de saúde indígena de 24 unidades da federação. Referem-se a uma população de 312.017 indígenas e, num total de 219.445 ocorrências, mostram um incremento de cerca de 24,7% sobre o volume registrado no ano anterior. A indicação de causas de óbitos (844) é proporcionalmente semelhante a dos dados analisados pela FUNAI.

A tuberculose é um dos agravos que acometem com maior frequência e severidade as comunidades indígenas. Embora precários, os dados disponíveis indicam taxas de incidência altíssimas, superiores em muito àquelas encontradas entre a população branca do país. Entre os Yanomami de Roraima, por exemplo, o coeficiente de incidência anual de tuberculose passou de 450 por 100.000 pessoas em 1991 para 881,4 por 100.000 pessoas em 1994. Em 1998, era de 525,6 por 100.000, segundo os dados da organização Comissão Pró-Yanomami. Também em outros povos indígenas foram registradas taxas altíssimas de incidência. Os dados epidemiológicos do Departamento de Saúde da FUNAI, antes mencionado e relativos ao mesmo ano, indicam que a tuberculose foi responsável por 22,7% do total dos óbitos indígenas registrados por doenças infecto-parasitárias (2,2% dos óbitos por todas as causas), ou seja, duas vezes a taxa mundial de mortalidade específica por tuberculose. A fraca cobertura sanitária das comunidades indígenas, a deterioração crescente de suas condições de vida em decorrência do contato com os brancos, a ausência de um sistema de busca ativa dos casos infecciosos, os problemas de acessibilidade (geográfica, econômica, linguística e cultural) aos centros de saúde, a falta de supervisão dos doentes em regime ambulatorial e o abandono frequente pelos doentes do tratamento favorecem a manutenção da endemia de tuberculose entre as populações indígenas no Brasil.

A infecção pelo HIV/Aids também é um agravo que tem ameaçado um grande número de comunidades. A partir de 1988 começaram a ser registrados os primeiros casos entre os índios, número que vem aumentando com o passar dos anos, sendo que, dos 36 casos conhecidos até o momento, oito foram notificados em 1998, distribuídos por todas as regiões do Brasil. O curto período de tempo transcorrido entre o diagnóstico e o óbito dos pacientes e a falta de informações entre os índios sobre os modos de transmissão do vírus e prevenção da doença, bem como as limitações de ordem linguística e cultural para a comunicação com eles, são desafios a serem enfrentados e expressam a situação altamente vulnerável frente à tendência de interiorização da epidemia no país. A compreensão das redes de transmissão e os determinantes dos processos sociais e culturais originados do contato com a sociedade envolvente, bem como as relações intergrupais, é fator importante para a tomada de decisões e implementação de ações de prevenção. Com relação às DST, cofator que potencializa a infecção pelo HIV em qualquer grupo social, indicadores a partir de estudos de casos revelam números preocupantes. O relatório da FUNASA de 1998 indicou 385 casos registrados.

Em algumas regiões, onde a população indígena tem um relacionamento mais estreito com a população regional, nota-se o aparecimento de novos problemas de saúde relacionados às mudanças introduzidas no seu modo de vida e, especialmente, na alimentação: a hipertensão arterial, o diabetes, o câncer, o alcoolismo, a depressão e o suicídio são problemas cada vez mais frequentes em diversas comunidades.

A deficiência do sistema de informações em saúde, que não contempla, entre outros dados, a identificação étnica e o domicílio do paciente indígena, dificulta a construção do perfil epidemiológico e cria dificuldades para a sistematização de ações voltadas para a atenção à saúde dos povos indígenas.

A descontinuidade das ações e a carência de profissionais fizeram com que muitas comunidades indígenas se mobilizassem, desde os anos 70, de diversas maneiras, especialmente por intermédio de suas organizações juridicamente constituídas, para adquirir conhecimentos e controle sobre as doenças e agravos de maior impacto sobre sua saúde, dando origem a processos locais e regionais de capacitação de agentes indígenas de saúde e de valorização da medicina tradicional indígena, com a participação das diversas instituições envolvidas com a assistência à saúde indígena.

Mesmo sem um programa de formação e inserção institucional definidos, mais de 1.400 agentes indígenas de saúde vinham atuando no Brasil. A maioria deles trabalhando voluntariamente, sem acompanhamento ou suprimento sistemático de insumos para suas atividades. Em algumas regiões da Amazônia, onde as distâncias são medidas em dias de viagens por estradas em precário estado de conservação ou rios de navegabilidade difícil ou impossível durante o período da seca, os agentes indígenas de saúde são o único recurso das comunidades diante de determinadas doenças. Cerca de 13% dos agentes indígenas de saúde estão inseridos no Programa de Agentes Comunitários de Saúde, a maioria no Nordeste. Na Região Amazônica, a maioria das iniciativas foi tomada por organizações indígenas e não-governamentais.

3 - Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

O propósito desta política é garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura.

4 - Diretrizes

Para o alcance desse propósito são estabelecidas as seguintes diretrizes, que devem orientar a definição de instrumentos de planejamento, implementação, avaliação e controle das ações de atenção à saúde dos povos indígenas:

- organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas na forma de Distritos Sanitários Especiais e Polos-Base, no nível local, onde a atenção primária e os serviços de referência se situam;

- preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural;

- monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas;

- articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde;

- promoção do uso adequado e racional de medicamentos;

- promoção de ações específicas em situações especiais;

- promoção da ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas;

- promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena;

- controle social.

4.1 - Distrito Sanitário Especial Indígena

4.1.1 - Conceito

O conceito utilizado nesta proposta define o Distrito Sanitário como um modelo de organização de serviços - orientado para um espaço etnocultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado -, que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a

reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com controle social.

A definição territorial dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas deverá levar em consideração os seguintes critérios:

- população, área geográfica e perfil epidemiológico;
- disponibilidade de serviços, recursos humanos e infraestrutura;
- vias de acesso aos serviços instalados em nível local e à rede regional do SUS;
- relações sociais entre os diferentes povos indígenas do território e a sociedade regional;
- distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas, que não coincide necessariamente com os limites de estados e municípios onde estão localizadas as terras indígenas.

4.1.2 - Organização

Para a definição e organização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas deverão ser realizadas discussões e debates com a participação de lideranças e organizações indígenas, do órgão indigenista oficial, de antropólogos, universidades e instituições governamentais e não-governamentais que prestam serviços às comunidades indígenas, além de secretarias municipais e estaduais de Saúde.

Cada distrito organizará uma rede de serviços de atenção básica de saúde dentro das áreas indígenas, integrada e hierarquizada com complexidade crescente e articulada com a rede do SUS. As Comissões Intergestores Bipartites (CIB) são importantes espaços de articulação para o eficaz funcionamento dos distritos.

As equipes de saúde dos distritos deverão ser compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e agentes indígenas de saúde, contando com a participação sistemática de antropólogos, educadores, engenheiros sanitários e outros especialistas e técnicos considerados necessários.

O número, qualificação e perfil dos profissionais das equipes serão estabelecidos de acordo com o planejamento detalhado de atividades, considerando: o número de habitantes, a dispersão populacional, as condições de acesso, o perfil epidemiológico, as necessidades específicas para o controle das principais endemias e o Programa de Formação de Agentes Indígenas de Saúde a ser definido conforme a diretriz específica desta Política.

Nas aldeias, a atenção básica será realizada por intermédio dos Agentes Indígenas de Saúde, nos postos de saúde, e pelas equipes multidisciplinares periodicamente, conforme planejamento das suas ações.

Na organização dos serviços de saúde, as comunidades terão uma outra instância de atendimento, que serão os Polos-Base. Os pólos são a primeira referência para os agentes indígenas de saúde que atuam nas aldeias. Podem estar localizados numa comunidade indígena ou num município de referência. Neste último caso, correspondem a uma unidade básica de saúde, já existente na rede de serviços daquele município. A maioria dos agravos à saúde deverão ser resolvidas nesse nível.

As demandas que não forem atendidas no grau de resolutividade dos Polos-Base deverão ser referenciadas para a rede de serviços do SUS, de acordo com a realidade de cada Distrito Sanitário Especial Indígena. Essa rede já tem sua localização geográfica definida e será articulada e incentivada a atender os índios, levando em consideração a realidade socioeconômica e a cultura de cada povo indígena, por intermédio de diferenciação de financiamento.

Com o objetivo de garantir o acesso à atenção de média e alta complexidades, deverão ser definidos procedimentos de referência, contra-referência e incentivo a unidades de saúde pela oferta de serviços diferenciados com influência sobre o processo de recuperação e cura dos pacientes indígenas (como os relativos a restrições/prescrições alimentares, acompanhamento por parentes e/ou intérprete, visita de terapeutas tradicionais, instalação de redes, entre outros) quando considerados necessários pelos próprios usuários e negociados com o prestador de serviço.

Deverão ser oferecidos, ainda, serviços de apoio aos pacientes encaminhados à rede do SUS. Tais serviços serão prestados pelas Casas de Saúde Indígena, localizadas em municípios de referência dos distritos a partir da readequação das Casas do Índio. Essas Casas de Saúde deverão estar em condições de receber, alojar e alimentar pacientes encaminhados e acompanhantes, prestar assistência de enfermagem 24 horas por dia, marcar consultas, exames complementares ou internação hospitalar, providenciar o acompanhamento dos pacientes nessas ocasiões e o seu retorno às comunidades de origem, acompanhados das informações sobre o caso.

Além disso, as Casas deverão ser adequadas para promover atividades de educação em saúde, produção artesanal, lazer e demais atividades para os acompanhantes e mesmo para os pacientes em condições para o exercício dessas atividades.

4.2 - Preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural

A formação e a capacitação de indígenas como agentes de saúde é uma estratégia que visa favorecer a apropriação, pelos povos indígenas, de conhecimentos e recursos técnicos da medicina ocidental, não de modo a substituir, mas de somar ao acervo de terapias e outras práticas culturais próprias, tradicionais ou não.

O Programa de Formação de Agentes Indígenas de Saúde deverá ser concebido como parte do processo de construção dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Será desenvolvido em serviço e de forma continuada, sob a responsabilidade de Instrutores/Supervisores, devidamente capacitados, com a colaboração de outros profissionais de serviço de saúde e das lideranças e organizações indígenas.

O processo de formação dos agentes indígenas de saúde será elaborado dentro dos marcos preconizados pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) -Lei nº 9.394/96-, no que diz respeito ao ensino básico, direcionado para a construção de competências/habilidades, visando facilitar o prosseguimento da profissionalização nos níveis médio (técnico) e superior (tecnológico). Deverá seguir metodologia participativa, propícia à comunicação intercultural, de modo a favorecer o processo recíproco de aquisição de conhecimentos. Os estudos e levantamentos socioantropológicos existentes e os realizados de forma participativa deverão ser aproveitados como subsídios à formação de recursos humanos e à própria prestação de serviços.

O órgão responsável pela execução das ações de atenção à saúde dos povos indígenas fará gestões, junto aos órgãos e instituições competentes no campo da educação, no sentido de obter a certificação de competências para os agentes que seguirem o processo de formação, inclusive aqueles já capacitados, de acordo com o que faculta a Lei nº 9.394/96.

A capacitação dos recursos humanos para a saúde indígena deverá ser priorizada como instrumento fundamental de adequação das ações dos profissionais e serviços de saúde do SUS às especificidades da atenção à saúde dos povos indígenas e às novas realidades técnicas, legais, políticas e de organização dos serviços. Deverão ser promovidos cursos de atualização, aperfeiçoamento, especialização para gestores, profissionais de saúde e assessores técnicos (indígenas e não-indígenas) das várias instituições que atuam no sistema.

As instituições de ensino e pesquisa serão estimuladas a produzir conhecimentos e tecnologias adequadas para a solução dos problemas de interesse das comunidades e propor programas especiais que facilitem a inserção de alunos de origem indígena, garantindo-lhes as facilidades necessárias ao entendimento do currículo regular: aulas de português, apoio de assistentes sociais, antropólogos e pedagogos, currículos diferenciados e vagas especiais.

O órgão responsável pela execução desta Política organizará um processo de educação continuada para todos os servidores que atuam na área de saúde indígena.

4.3 - Monitoramento das ações de saúde

Para acompanhar as ações de saúde desenvolvidas no âmbito do Distrito Sanitário, será organizado sistema de informações, na perspectiva do Sistema de Vigilância em Saúde, voltado para a população indígena.

Esse sistema deverá identificar informações que atendam às necessidades de cada nível gerencial, fornecendo subsídios para a construção de indicadores que avaliem a saúde e, indiretamente, a atenção à saúde, como a organização dos serviços no Distrito Sanitário, particularmente no que diz respeito ao acesso, à sua cobertura e à sua efetividade.

Essas informações servirão também para identificar e divulgar os fatores condicionantes e determinantes da saúde, estabelecer prioridades na alocação de recursos e orientação programática, facilitando a participação das comunidades no planejamento e na avaliação das ações.

Os instrumentos para coleta de dados no território distrital serão propostos por equipe técnica do órgão responsável pela execução das ações de atenção à saúde dos povos indígenas. Estes instrumentos poderão ser adaptados à realidade local, mas terão que permitir a identificação dos riscos e das condições especiais que interferem no processo de adoecer para buscar intervenções específicas de cada povo.

O fluxo de informações será pactuado com os municípios de referência e/ou estados. Os dados gerados nos serviços de referência da rede do SUS serão encaminhados para os distritos. Nas circunstâncias especiais, em que couber ao distrito viabilizar todo o serviço de assistência na sua área de abrangência, o mesmo repassará estas informações para os respectivos municípios e/ou estados, a fim de alimentar continuamente os bancos de dados nacionais. O acesso permanente ao banco de dados deverá estar assegurado a qualquer usuário.

Deverá ser facilitado o acesso aos dados para a produção antropológica, de modo a facilitar a qualificação e a análise dos dados epidemiológicos, com a participação de antropólogos especialistas que atuam na região e dos agentes tradicionais de saúde indígena.

O Acompanhamento e Avaliação desta política terá como base o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), referente à saúde dos povos indígenas. Os aspectos a serem acompanhados e avaliados incluirão a estrutura, o processo e os resultados da atenção à saúde dos povos indígenas. O SIASI deverá subsidiar os órgãos gestores e de controle social quanto à indispensável compatibilidade entre o diagnóstico situacional dos problemas de saúde identificados e as prioridades estabelecidas nos níveis técnico, social e político, visando a coerência entre ações planejadas e efetivamente executadas.

4.4 - Articulação dos Sistemas Tradicionais Indígenas de Saúde

Todas as sociedades humanas dispõem de seus próprios sistemas de interpretação, prevenção e de tratamento das doenças. Esses sistemas tradicionais de saúde são, ainda hoje, o principal recurso de atenção à saúde da população indígena, apesar da presença de estruturas de saúde ocidentais. Sendo parte integrante da cultura, esses sistemas condicionam a relação dos indivíduos com a saúde e a doença e influem na relação com os serviços e os profissionais de saúde (procura ou não dos serviços de saúde, aceitabilidade das ações e projetos de saúde, compreensão das mensagens de educação para a saúde) e na interpretação dos casos de doenças.

Os sistemas tradicionais indígenas de saúde são baseados em uma abordagem holística de saúde, cujo princípio é a harmonia de indivíduos, famílias e comunidades com o universo que os rodeia. As práticas de cura respondem a uma lógica interna de cada comunidade indígena e são o produto de sua relação particular com o mundo espiritual e os seres do ambiente em que vivem. Essas práticas e concepções são, geralmente, recursos de saúde de eficácias empírica e simbólica, de acordo com a definição mais recente de saúde da Organização Mundial de Saúde.

Portanto, a melhoria do estado de saúde dos povos indígenas não ocorre pela simples transferência para eles de conhecimentos e tecnologias da biomedicina, considerando-os como receptores passivos, despossuídos de saberes e práticas ligados ao processo saúde-doença.

O reconhecimento da diversidade social e cultural dos povos indígenas, a consideração e o respeito dos seus sistemas tradicionais de saúde são imprescindíveis para a execução de ações e projetos de saúde e para a elaboração de propostas de prevenção/promoção e educação para a saúde adequadas ao contexto local.

O princípio que permeia todas as diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas é o respeito às concepções, valores e práticas relativos ao processo saúde-doença próprios a cada sociedade indígena e a seus diversos especialistas.

A articulação com esses saberes e práticas deve ser estimulada para a obtenção da melhoria do estado de saúde dos povos indígenas.

4.5 - Promoção ao uso adequado e racional de medicamentos

As ações que envolvem, direta ou indiretamente, a assistência farmacêutica no contexto da atenção à saúde indígena, tais como seleção, programação, aquisição, acondicionamento, estoque, distribuição, controle e vigilância - nesta compreendida a dispensação e a prescrição -, devem partir, em primeiro lugar, das necessidades e da realidade epidemiológica de cada Distrito Sanitário e estar orientadas para garantir os medicamentos necessários.

Devem também compor essas ações as práticas de saúde tradicionais dos povos indígenas, que envolvem o conhecimento e o uso de plantas medicinais e demais produtos da farmacopeia tradicional no tratamento de doenças e outros agravos a saúde. Essa prática deve ser valorizada e incentivada, articulando-a com as demais ações de saúde dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

Assim, os pressupostos que devem orientar os gestores, no sentido de tornar efetivas as ações e diretrizes da assistência farmacêutica para os povos indígenas, em conformidade com as orientações da Política Nacional de Medicamentos, são:

- a) descentralização da gestão da assistência farmacêutica no âmbito dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas;
- b) promoção do uso racional dos medicamentos essenciais básicos e incentivo e valorização das práticas farmacológicas tradicionais;
- c) avaliação e adaptação dos protocolos padronizados de intervenção terapêutica e dos respectivos esquemas de tratamento, baseadas em decisão de grupo técnico interdisciplinar de consenso, considerando as variáveis socioculturais e as situações especiais (como grupos indígenas isolados ou com pouco contato, com grande mobilidade e em zonas de fronteira);
- d) controle de qualidade e vigilância em relação a possíveis efeitos iatrogênicos, por meio de estudos clínicos, epidemiológicos e antropológicos específicos;
- e) promoção de ações educativas no sentido de se garantir adesão do paciente ao tratamento, inibir as práticas e os riscos relacionados com a automedicação e estabelecer mecanismos de controle para evitar a troca da medicação prescrita e a hipermedicação;
- f) autonomia dos povos indígenas quanto à realização ou autorização de levantamentos e divulgação da farmacopeia tradicional indígena, seus usos, conhecimentos e práticas terapêuticas, com promoção do respeito às diretrizes, políticas nacionais e legislação relativa aos recursos genéticos, bioética e bens imateriais das sociedades tradicionais.

4.6 - Promoção de ações específicas em situações especiais

Para a efetiva implementação e consolidação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas deverão ser consideradas e priorizadas ações para situações consideradas especiais, isto é, caracterizadas, fundamentalmente, por risco iminente, especificidade do processo saúde-doença, impactos econômico e social de grandes projetos de desenvolvimento, vulnerabilidade derivada do tipo de contato, exposição a determinados agravos, como as doenças sexualmente transmissíveis e a aids, o suicídio, e os desastres ambientais, entre outros.

Estas ações e situações especiais devem, portanto, contemplar:

- 1 - prevenção e controle de agravos à saúde em povos com pouco contato ou isolados, com estabelecimento de normas técnicas específicas e ações de saúde especiais que diminuam o impacto causado à saúde no momento do contato e pelos desdobramentos posteriores. Deverão ser contemplados: a preparação e capacitação de equipes de saúde para situações especiais, quarentena pré e pós-contato, imunização da população, estruturação de sistema de vigilância e monitoramento demográfico;
- 2 - prevenção e controle de agravos à saúde indígena nas regiões de fronteira, em articulação com as instituições nacionais, e cooperação técnica com os países vizinhos;
- 3 - exigência de estudos específicos de impactos na saúde e suas repercussões no campo social, relativos a populações indígenas em áreas sob influência de grandes projetos de desenvolvimento econômico e social (tais como a construção de barragens, estradas, empreendimentos de exploração mineral, etc.), com implementação de ações de prevenção e controle de agravos;

4 - acompanhamento, monitoramento e desenvolvimento de ações que venham coibir agravos de violência (suicídios, agressões e homicídios, alcoolismo) em decorrência da precariedade das condições de vida e da expropriação e intrusão das terras indígenas;

5 - prevenção e assistência em doenças sexualmente transmissíveis e aids, priorizando a capacitação de multiplicadores, dos agentes indígenas de saúde e de pessoal técnico especializado para atuar junto aos portadores destas doenças;

6 - combate à fome e à desnutrição e implantação do Programa de Segurança Alimentar para os povos indígenas, incentivando a agricultura de subsistência e a utilização de tecnologias apropriadas para beneficiamento de produtos de origem extrativa, mobilizando esforços institucionais no sentido de garantir assessoria técnica e insumos para o aproveitamento sustentável dos recursos;

7 - desenvolvimento de projetos habitacionais adequados e reflorestamento com espécies utilizadas tradicionalmente na construção de moradias.

4.7- Promoção da ética nas pesquisas e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas

O órgão responsável pela execução das ações de atenção à saúde dos povos indígenas, em conjunto com o órgão indigenista oficial, adotará e promoverá o respeito à Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a realização de pesquisas envolvendo seres humanos, e à Resolução nº 304/2000, que diz respeito à temática especial: pesquisas envolvendo populações indígenas. Igualmente, será promovido o cumprimento das normas do Código de Ética Médica, aprovado pela Resolução nº 1.246/88, do Conselho Federal de Medicina, bem como a realização de eventos que visem aprofundar a reflexão ética relativa à prática médica em contextos de alta diversidade sociocultural e linguística.

4.8 - Promoção de ambientes saudáveis e proteção à saúde indígena

O equilíbrio das condições ambientais nas terras indígenas é um fator de crescente importância para a garantia de uma atenção integral à saúde dos povos indígenas. Mesmo nos casos em que a definição de limites e o processo de demarcação das terras indígenas tenham ocorrido de forma satisfatória, assegurando-se as condições indispensáveis para o futuro dos ocupantes, e mesmo que estes se incluam entre os grupos mais isolados e com contatos menos frequentes e desestabilizadores com a sociedade envolvente, há demandas importantes colocadas na interface entre meio ambiente e saúde para populações indígenas.

Por um lado, a ocupação do entorno das terras indígenas e a sua intermitente invasão por terceiros, com desmatamento, queimadas, assoreamento e poluição dos rios, têm afetado a disponibilidade de água limpa e de animais silvestres que compõem a alimentação tradicional nas aldeias. Por outro, as relações de contato alteraram profundamente as formas tradicionais de ocupação, provocando concentrações demográficas e deslocamentos de comunidades, com grande impacto sobre as condições sanitárias das aldeias e sobre a disponibilidade de alimentos e de outros recursos naturais básicos no seu entorno.

As prioridades ambientais para uma política de atenção à saúde dos povos indígenas devem contemplar a preservação das fontes de água limpa, construção de poços ou captação à distância nas comunidades que não dispõem de água potável; a construção de sistema de esgotamento sanitário e destinação final do lixo nas comunidades mais populosas; a reposição de espécies utilizadas pela medicina tradicional; e o controle de poluição de nascentes e cursos d'água situados acima das terras indígenas.

As ações de saneamento básico, que serão desenvolvidas no Distrito Sanitário, deverão ter como base critérios epidemiológicos e estratégicos que assegurem à população água de boa qualidade, destino adequado dos dejetos e lixo e controle de insetos e roedores.

4.9 - Controle social

A participação indígena deverá ocorrer em todas as etapas do planejamento, implantação e funcionamento dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, contemplando expressões formais e informais.

Essa participação dar-se-á especialmente por intermédio da constituição de Conselhos Locais e Distritais de Saúde Indígena; por Reuniões Macrorregionais; pelas Conferências Nacionais de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e Fórum Nacional sobre a Política de Saúde Indígena e pela presença de representantes indígenas nos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde.

Os Conselhos Locais de Saúde serão constituídos pelos representantes das comunidades indígenas da área de abrangência dos Polos-Base, incluindo lideranças tradicionais, professores indígenas, agentes indígenas de saúde, especialistas tradicionais, parteiras e outros.

Os representantes que farão parte do Conselho Local de Saúde serão escolhidos pelas comunidades daquela região, tendo sua indicação formalizada pelo chefe do Distrito.

Essa é uma instância privilegiada para articulação com gestores locais para encaminhamento das discussões pertinentes às ações e serviços de saúde.

Os Conselhos Distritais de Saúde serão instâncias de Controle Social, de caráter deliberativo e constituídos, de acordo com a Lei nº 8.142/90, observando em sua composição a paridade de 50% de usuários e 50% de organizações governamentais, prestadores de serviços e trabalhadores do setor de saúde dos respectivos distritos.

Todos os povos que habitam o território distrital deverão estar representados entre os usuários. Aos conselheiros que não dominam o português deve ser facultado o acompanhamento de intérprete.

Os presidentes dos conselhos serão eleitos diretamente pelos conselheiros, que devem elaborar o regimento interno e o plano de trabalho de cada Conselho Distrital.

Os Conselhos Distritais serão formalizados pelo presidente do órgão responsável pela execução desta política, mediante portaria publicada no Diário Oficial.

Como forma de promover a articulação da população indígena com a população regional na solução de problemas de saúde pública, deve ser favorecida a participação de seus representantes nos Conselhos Municipais de Saúde.

Deve ser ainda estimulada a criação de Comissões Temáticas ou Câmaras Técnicas, de caráter consultivo, junto aos Conselhos Estaduais de Saúde, com a finalidade de discutir formas de atuação na condução da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

O Controle Social, no âmbito nacional, será exercido pelo Conselho Nacional de Saúde, assessorado pela Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI), já existente e em funcionamento.

As Conferências Nacionais de Saúde dos Povos Indígenas deverão fazer parte das Conferências Nacionais de Saúde e obedecerão à mesma periodicidade.

5 - Responsabilidades institucionais

As características excepcionais da assistência à saúde dos povos indígenas determinam a necessidade de uma ampla articulação em nível intra e intersetorial, cabendo ao órgão executor desta Política a responsabilidade pela promoção e facilitação deste processo. A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas prevê a existência de uma atuação coordenada, entre diversos órgãos e ministérios, no sentido de viabilizar as medidas necessárias ao alcance de seu propósito.

- Articulação intersetorial

Deverão ser definidos mecanismos de articulação intersetorial que possam fazer frente aos diferentes determinantes envolvidos nos processos de saúde e doença que afetam essas populações.

O órgão executor das ações de atenção à saúde dos povos indígenas buscará, em conjunto com o órgão indigenista oficial, parcerias para a condução desta Política, principalmente no que diz respeito a alternativas voltadas para a melhoria do nível de saúde dos povos indígenas.

- Articulação intrassetorial

Do ponto de vista da articulação intrassetorial, é necessário um envolvimento harmônico dos gestores nacional, estaduais e municipais do SUS, por meio de um planejamento pactuado nos Distritos Sanitários Indígenas que resguarde o princípio da responsabilidade final da esfera federal e um efetivo Controle Social exercido pelas comunidades indígenas.

5.1 - Ministério da Saúde

Os direitos indígenas têm sede constitucional e são de competência federal, cabendo ao Ministério da Saúde a responsabilidade pela gestão e direção da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Conforme determinação do Decreto nº 3.146, de 27 de agosto de 1999 (art. 3º), a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) é o órgão responsável pela execução das ações. As atribuições da FUNASA, em articulação com as Secretarias de Assistência à Saúde e de Políticas de Saúde, são as seguintes:

- estabelecer diretrizes e normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas;

- promover a articulação intersetorial e intrassetorial com as outras instâncias do SUS;

- coordenar a execução das ações de saúde e exercer a responsabilidade sanitária sobre todas as terras indígenas no país;

- implantar e coordenar o sistema de informações sobre a saúde indígena no país.

A FUNASA, por intermédio do Departamento de Saúde Indígena (DESAI), desenvolverá atividades objetivando a racionalização das ações desenvolvidas pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, que incluirão a promoção de encontros regionais, macrorregionais e nacionais para avaliar o processo de implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

5.2 - Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde

As Secretarias Estaduais e Municipais devem atuar de forma complementar na execução das ações de saúde indígena, em articulação com o Ministério da Saúde/FUNASA. É indispensável a integração das ações nos programas especiais, como imunização, saúde da mulher e da criança, vigilância nutricional, controle da tuberculose, malária, doenças sexualmente transmissíveis e aids, entre outros, assim como nos serviços de vigilância epidemiológica e sanitária a cargo dos gestores estaduais e municipais do SUS. Deverá se dar atenção, também, às doenças crônico-degenerativas (como o câncer cérvico-uterino; diabetes etc.) que já afetam grande parte da população indígena no país.

5.3 - Fundação Nacional do Índio (FUNAI/MJ)

A Fundação Nacional do Índio (FUNAI) é o órgão indigenista oficial, vinculado ao Ministério da Justiça, responsável pela coordenação das ações do governo federal destinadas a assegurar os direitos constitucionais dos povos indígenas no país. Entre suas principais atribuições está a garantia dos territórios indígenas, por meio de uma política de demarcação, fiscalização e retirada de invasores, ação que assume relevância primordial entre os fatores determinantes de saúde e qualidade de vida destas populações. Os projetos de desenvolvimento sustentável e manejo adequado do meio ambiente deverão ser priorizados por essa instituição. A FUNAI deve fazer o acompanhamento das ações de saúde desenvolvidas em prol das comunidades indígenas.

5.4 - Ministério da Educação

Uma estreita cooperação com o Ministério da Educação e Secretarias Estaduais de Educação é de importância vital para a execução de diversos aspectos desta política. Entre estes, destacam-se a necessidade de integração da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas com os currículos básicos das escolas indígenas, a garantia do ensino fundamental em programas especiais para jovens e adultos como componente fundamental na formação dos Agentes Indígenas de Saúde, o envolvimento das universidades nas atividades de pesquisa e extensão, a capacitação e certificação dos agentes indígenas de saúde e dos profissionais de saúde que atuam nas áreas, assim como o apoio ao desenvolvimento de atividades de educação comunitária em bases culturalmente adequadas.

5.5 - Ministério Público Federal

A participação do Ministério Público Federal tem como objetivo garantir o cumprimento dos preceitos constitucionais assegurados aos povos indígenas no país, que devem obedecer aos princípios da autonomia, equidade e respeito à diversidade cultural em todas as políticas públicas a eles destinadas.

5.6 - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/CNS)

A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CONEP) foi criada pelo Conselho Nacional de Saúde com o intuito de elaborar e acompanhar a aplicação das normas que devem regulamentar as pesquisas envolvendo seres humanos no país. A articulação com esta comissão visa à vigilância ao cumprimento dos princípios da Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, e, especialmente, da Resolução nº 304/2000, em virtude dos riscos adicionais que podem apresentar as pesquisas junto a populações indígenas decorrentes de sua condição excepcional.

5.7 - Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI/CNS)

O funcionamento da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI), órgão assessor do Conselho Nacional de Saúde, com participação de instituições públicas, organizações não-governamentais e organizações representativas dos povos indígenas, tem por finalidade o acompanhamento da implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas em nível nacional, recomendando medidas para a sua correta execução. Essa comissão atende às exigências do controle social estabelecidas na Lei nº 8.080/90, devendo ter participação paritária de membros escolhidos pelos povos indígenas e suas organizações representativas.

6 - Financiamento

As ações a serem desenvolvidas pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas serão financiadas pelo orçamento da FUNASA e do Ministério da Saúde, podendo ser complementada por organismos de cooperação internacional e da iniciativa privada. Os estados e municípios também deverão atuar complementarmente, considerando que a população indígena está contemplada nos mecanismos de financiamento do SUS. O financiamento dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas deverá ser de acordo com o montante de população, situação epidemiológica e características de localização geográfica.

ANEXO 2 DO ANEXO XIV

Diretrizes do Modelo de Gestão da Saúde Indígena (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1)

Art. 1º O modelo de gestão de saúde indígena segue as seguintes diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 1º)

I - a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, integrante da Política Nacional de Saúde, deve ser compatibilizada com as determinações da Lei Orgânica da Saúde e com a Constituição Federal, que reconhecem as especificidades étnicas e culturais e os direitos sociais e territoriais dos povos indígenas; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 1º, I)

II - o objetivo da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas é assegurar aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 1º, II)

III - a implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena adotará modelo de organização dos serviços voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde, que garanta aos povos indígenas o exercício da cidadania; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 1º, III)

IV - o Subsistema de Saúde Indígena fica organizado na forma de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), delimitação geográfica que contempla aspectos demográficos e etno-culturais, sob responsabilidade do gestor federal; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 1º, IV)

V - os Distritos Sanitários Especiais Indígenas devem contar com uma rede interiorizada de serviços de atenção básica organizada de forma hierarquizada e articulada com a rede de serviços do Sistema Único de Saúde para garantir a assistência de média e alta complexidade; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 1º, V)

VI - a estrutura do Distrito Sanitário Especial Indígena fica composta pelos Postos de Saúde situados dentro das aldeias indígenas, que contam com o trabalho do agente indígena de saúde (AIS) e do agente indígena de saneamento (Aisan); pelos Pólos-Base com equipes multidisciplinares de saúde indígena e pela Casa do Índio (CASAI) que apoia as atividades de referência para o atendimento de média e alta complexidade; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 1º, VI)

VII - o processo de estruturação da atenção à saúde dos povos indígenas deve contar com a participação dos próprios índios, representados por suas lideranças e organizações nos Conselhos de Saúde locais e distritais; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 1º, VII)

VIII - na execução das ações de saúde dos povos indígenas deverão ser estabelecidos indicadores de desempenho e sistemas de informações que permitam o controle e a avaliação das referidas ações; e (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 1º, VIII)

IX - a implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas deve respeitar as culturas e valores de cada etnia, bem como integrar as ações da medicina tradicional com as práticas de saúde adotadas pelas comunidades indígenas. (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 1º, IX)

CAPÍTULO I
DA COMPETÊNCIA DOS ÓRGÃOS
(Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, CAPÍTULO I)

Art. 2º Ao Ministério da Saúde compete: (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 2º)

I - formular, aprovar e normatizar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 2º, I)

Art. 3º À Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) compete: (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 3º)

I - coordenar, normatizar e executar as ações de atenção à saúde dos povos indígenas, observados os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 3º, I)

Art. 4º Ao Departamento de Saúde Indígena (DESAI) da Fundação Nacional de Saúde, compete: (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 4º)

I - planejar, promover e coordenar o desenvolvimento de ações integrais de atenção à saúde dos povos indígenas; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 4º, I)

II - planejar, coordenar e garantir a assistência farmacêutica no âmbito da atenção à saúde dos povos indígenas; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 4º, II)

III - coordenar e executar o sistema de informação da saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 4º, III)

IV - promover e divulgar a análise das informações geradas pelos sistemas de informação da saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 4º, IV)

V - propor normas, critérios, parâmetros e métodos para a alocação de recursos financeiros, o controle da qualidade e avaliação das ações de saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 4º, V)

VI - supervisionar e avaliar as ações desenvolvidas no âmbito do DSEI; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 4º, VI)

VII - implantar instrumentos para organização gerencial e operacional das ações de atenção à saúde dos povos indígenas; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 4º, VII)

VIII - articular com os órgãos responsáveis pela política indígena no país o desenvolvimento de ações intersetoriais visando interferir nos determinantes sociais do processo saúde - doença das coletividades indígenas; e (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 4º, VIII)

IX - propor alterações nas áreas de abrangência dos DSEI. (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 4º, IX)

Art. 5º Às Coordenações Regionais (CORE) da Fundação Nacional de Saúde, compete: (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 5º)

I - coordenar e articular no âmbito de cada Unidade Federada a execução das ações de saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 5º, I)

II - planejar em conjunto com os DSEI as ações integrais de saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 5º, II)

III - articular junto à Comissão Intergestora Bipartite (CIB) o fluxo de referência de pacientes do distrito sanitário aos serviços de média e alta complexidade do SUS; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 5º, III)

IV - articular junto aos Conselhos Estaduais de Saúde a criação de comissões técnicas de saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 5º, IV)

V - assegurar as condições para a implantação e implementação dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 5º, V)

VI - homologar e dar posse aos membros dos Conselhos Locais de Saúde Indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 5º, VI)

VII - articular no âmbito de cada unidade federada com os órgãos envolvidos com a política indígena o desenvolvimento de ações intersetoriais visando interferir nos determinantes sociais do processo saúde - doença das coletividades; e (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 5º, VII)

VIII - executar atividades administrativas relativas às ações de saúde indígena, nos termos fixados pela Presidência da FUNASA. (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 5º, VIII)

Art. 6º Ao Distrito Especial de Saúde Indígena (DSEI), compete: (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º)

I - planejar, coordenar, e executar as ações integrais de saúde na área de abrangência do distrito sanitário especial indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, I)

II - executar o fluxo de referência e contra referência de pacientes no distrito sanitário a serviços de média e alta complexidade; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, II)

III - acompanhar e avaliar todas as ações de saúde desenvolvidas em sua área de abrangência com base em indicadores de saúde e desempenho; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, III)

IV - avaliar e controlar a qualidade da assistência prestada em seu território de abrangência; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, IV)

V - alimentar os sistemas de informação da saúde indígena e consolidar as informações epidemiológicas e de saúde referentes à sua área de abrangência; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, V)

VI - propor e executar programas e ações emergenciais, fundamentados em dados epidemiológicos; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, VI)

VII - assegurar as condições para a implantação e implementação do Conselho locais de saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, VII)

VIII - articular as práticas de Saúde Indígena com a medicina tradicional, respeitando as características culturais indígenas; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, VIII)

IX - executar em conjunto com o Setor de Engenharia e Saúde Pública o Saneamento e a Vigilância Ambiental; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, IX)

X - executar em conjunto com Assessoria de Comunicação e Educação em Saúde as ações de educação em saúde; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, X)

XI - fortalecer o controle social por intermédio dos Conselhos Locais e Distrital de Saúde Indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, XI)

XII - o chefe do DSEI é a autoridade sanitária responsável pela saúde na área de abrangência do Distrito; e (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, XII)

XIII - executar atividades administrativas relativas às ações de saúde indígena, nos termos fixados pela Presidência da FUNASA. (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, XIII)

Art. 7º Ao Conselho Distrital de Saúde Indígena compete: (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 7º)

I - aprovar e acompanhar a execução do plano distrital de saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 7º, I)

II - acompanhar as ações dos Conselho locais de saúde indígena; e (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 7º, II)

III - exercer o controle social das atividades de atenção à saúde indígena. (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 7º, III)

Art. 8º Aos Estados, Municípios e Instituições Governamentais e não Governamentais compete: (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 8º)

I - atuar de forma complementar na execução das ações de atenção à saúde indígena definidas no Plano Distrital de Saúde Indígena. (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 8º, I)

Parágrafo Único. A Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) definirá, observando as características das populações envolvidas, as ações complementares que ficarão a cargo das entidades previstas neste artigo. (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 8º, Parágrafo Único)

Art. 9º Fica a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) autorizada a normatizar e regulamentar as diretrizes da gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena, previstas nesta portaria. (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 9º)

ANEXO 3 DO ANEXO XIV

Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas (Origem: PRT MS/GM 2759/2007)

Art. 1º São diretrizes gerais para uma Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas: (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 1º)

I - apoiar e respeitar a capacidade das diversas etnias e das comunidades indígenas, com seus valores, economias, tecnologias, modos de organização, de expressão e de produção de conhecimento, para identificar problemas, mobilizar recursos e criar alternativas para a construção de soluções para os problemas da comunidade; (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 1º, I)

II - apoiar a organização de um processo de construção coletiva de consensos e de soluções, que envolva a participação de todos os atores sociais relevantes, em especial o movimento social e as lideranças indígenas, que considere e respeite as especificidades e a cultura de cada comunidade indígena envolvida, que respeite e convoque os

conhecimentos da medicina tradicional das comunidades, e que crie alternativas viáveis e consensuais para a abordagem dos problemas de saúde destas comunidades; (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 1º, II)

III - considerar como atores sociais imprescindíveis para a construção deste processo, os etnólogos e a comunidade acadêmica, na medida em que vem acompanhando sistematicamente o impacto do contato destas comunidades com as sociedades envolvidas, apontando a complexidade dos problemas das comunidades e das intervenções do Estado brasileiro e produzindo conhecimento acerca da heterogeneidade destas comunidades; (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 1º, III)

IV - garantir ações integradas, através da articulação institucional entre as diferentes esferas de governo (União, estado e municípios); (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 1º, IV)

V - garantir acessibilidade, sobretudo através da potencialização das ações de construção coletiva de soluções para os problemas de saúde mental no nível da atenção básica, e da potencialização dos CAPS na construção coletiva de ações em seu território, sobretudo em regiões com grande concentração de comunidades indígenas; (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 1º, V)

VI - considerar como fundamento das propostas de intervenção a estratégia de pesquisa - ação participativa, que permita sistematizar informação epidemiológica, assim como os modelos explicativos e sistemas de ação que os indígenas implementam para a superação de seus problemas; (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 1º, VI)

VII - garantir a criação de um sistema de monitoramento e avaliação das ações, que além de inquéritos epidemiológicos específicos, inclua estudos qualitativos de avaliação das estratégias de intervenção, sejam estas intraculturais ou externas à cultura local; e (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 1º, VII)

VIII - garantir que o Programa de Formação Permanente de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica, já em andamento, absorva, especialmente em regiões com grande concentração de comunidades indígenas, a problemática da saúde mental indígena. (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 1º, VIII)

Art. 2º Fica instituído o Comitê Gestor da Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas, com as seguintes incumbências: (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 2º)

I - elaborar e pactuar com as instâncias implicadas uma norma que regulamente as ações de atenção em Saúde Mental às populações indígenas, onde estejam implicadas estruturas da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), e da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA); (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 2º, I)

II - coordenar as ações no âmbito do Ministério da Saúde, ouvidas as instâncias representativas de comunidades indígenas, para o enfrentamento das situações emergenciais da atenção à saúde mental indígena, como o alcoolismo, o suicídio e outros problemas prevalentes; e (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 2º, II)

III - elaborar um sistema de monitoramento e avaliação das ações de atenção em saúde mental às populações indígenas, em sua implantação e implementação. (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 2º, III)

Art. 3º São integrantes do Comitê, sob a coordenação do primeiro, e a coordenação adjunta do segundo, os seguintes membros: (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 3º)

I - 1 (um) representante do Departamento de Saúde Indígena da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA); (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 3º, I)

II - 1 (um) representante do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Área Técnica de Saúde Mental (DAPES/SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 3º, II)

III - 1 (um) representante do Projeto VIGISUS - Departamento de Saúde Indígena da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA); (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 3º, III)

IV - 1 (um) representante do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 3º, IV)

V - 1 (um) representante da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS); (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 3º, V)

VI - 1 (um) representante do Conselho de Comunidades Indígenas das cinco regiões do país; (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 3º, VI)

VII - 1 (um) pesquisador convidado, de universidade brasileira; (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 3º, VII)

VIII - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 3º, VIII)

IX - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); e (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 3º, IX)

X - 1 (um) representante da Fundação Nacional do Índio (FUNAI). (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 3º, X)

ANEXO 4 DO ANEXO XIV

Comitê Consultivo de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Origem: PRT MS/GM 69/2004)

Art. 1º Fica instituído o Comitê Consultivo da Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, vinculado à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 1º)

Parágrafo Único. O Comitê Consultivo terá as seguintes atribuições: (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 1º, Parágrafo Único)

I - apreciar as propostas de condução da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 1º, Parágrafo Único, a)

II - contribuir com o Departamento de Saúde Indígena/FUNASA nas normatizações técnicas e operacionais da saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 1º, Parágrafo Único, b)

III - propor medidas técnicas e operacionais ao Departamento de Saúde Indígena/FUNASA de matérias relevantes a Organização e Gestão dos Serviços de Saúde Indígena; e (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 1º, Parágrafo Único, c)

IV - participar de fóruns nacionais de discussão da Política de Saúde Indígena. (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 1º, Parágrafo Único, d)

Art. 2º O Comitê Consultivo será composto pelos referidos membros, com as seguintes representações: (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º)

I - Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) - 4 (quatro) representantes; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, I) (com redação dada pela PRT MS/GM 741/2004)

II - Ministério da Saúde (MS): (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, II) (com redação dada pela PRT MS/GM 741/2004)

a) Secretaria-Executiva - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, II, a)

b) Secretaria de Atenção à Saúde - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, II, b)

c) Secretaria de Vigilância em Saúde - 1 (um) representante; e (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, II, c)

d) Secretaria de Gestão Participativa - 1 (um) representante. (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, II, d)

III - Fundação Nacional do Índio (FUNAI/MJ) - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, III) (com redação dada pela PRT MS/GM 741/2004)

IV - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, IV) (com redação dada pela PRT MS/GM 741/2004)

V - organizações indígenas - 3 (três) representantes; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, V) (com redação dada pela PRT MS/GM 741/2004)

VI - Organizações Indigenistas - dois representantes; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, VI) (com redação dada pela PRT MS/GM 741/2004)

VII - Conselhos Distritais de Saúde Indígena - 5 (cinco) representantes; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, VII) (com redação dada pela PRT MS/GM 741/2004)

VIII - Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI) - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, VIII) (com redação dada pela PRT MS/GM 741/2004)

IX - Ministério Público Federal (6ª Câmara) - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, IX) (com redação dada pela PRT MS/GM 741/2004)

X - Ministério da Educação - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, X) (com redação dada pela PRT MS/GM 741/2004)

XI - Ministério do Meio Ambiente - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, XI) (com redação dada pela PRT MS/GM 741/2004)

XII - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, XII) (com redação dada pela PRT MS/GM 741/2004)

XIII - Confederação dos Trabalhadores do Serviço Público Federal (CONDSEF) - 2 (dois) representantes. (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, XIII) (com redação dada pela PRT MS/GM 1731/2004)

§ 1º A Secretaria Executiva do Comitê será indicada pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, § 1º)

§ 2º Os membros do Comitê Consultivo não receberão nenhuma gratificação para o seu exercício, sendo considerado de relevância pública. (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, § 2º)

§ 3º Caberá ao Presidente da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) regulamentar através de portaria o funcionamento do Comitê Consultivo e designar os seus membros. (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, § 3º)

§ 4º O mandato dos membros do Comitê Consultivo será de um ano, permitida a recondução. (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, § 4º)

§ 5º As despesas decorrentes do funcionamento do Comitê ficarão a cargo da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, § 5º)

ANEXO 5 DO ANEXO XIV

Certificado Hospital Amigo do Índio (Origem: PRT MS/GM 645/2006)

Art. 1º Fica instituído o Certificado Hospital Amigo do Índio, a ser oferecido aos estabelecimentos de saúde que fazem parte da rede do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 1º)

Art. 2º Para concessão do Certificado Hospital Amigo do Índio, deverão ser observados os seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 2º)

I - garantia do direito ao acompanhante, dieta especial e informação aos usuários, respeitando as especificidades culturais dos povos indígenas; (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 2º, I)

II - garantia do respeito à interculturalidade e a valorização das práticas tradicionais de saúde nos projetos terapêuticos singulares e na ambiência física; (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 2º, II)

III - participação nas instâncias de Controle Social (Conselhos Distritais de Saúde Indígena, Municipais e Estaduais de Saúde) e de pactuação intergestores do SUS, no âmbito do Distrito Sanitário Especial Indígena; (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 2º, III)

IV - garantia de informação em saúde à rede integrada do SUS, compreendendo as unidades de saúde indígena no âmbito do Distrito Sanitário Especial Indígena; (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 2º, IV)

V - garantia de critérios especiais de acesso e acolhimento a partir da avaliação de risco clínico e vulnerabilidade sócio-cultural; (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 2º, V)

VI - garantia de instâncias próprias de avaliação com participação de usuários e gestores no âmbito do Distrito Sanitário Especial Indígena; (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 2º, VI)

VII - garantia de Ouvidoria adaptada às especificidades étnico-culturais dos povos indígenas; e (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 2º, VII)

VIII - garantia de processo de Educação Permanente aos profissionais com respeito à interculturalidade e a valorização das práticas tradicionais de saúde. (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 2º, VIII)

Art. 3º Fica instituído o Comitê de Certificação e Avaliação dos Hospitais Amigos do Índio com as seguintes responsabilidades: (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 3º)

I - certificar os estabelecimentos de saúde da rede do SUS em obediência aos critérios de concessão do Certificado Hospital Amigo do Índio; (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 3º, I)

II - estabelecer instrumentos, indicadores, metas e avaliação, bem como o período de renovação da certificação; (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 3º, II)

III - estabelecer critérios de não renovação da certificação; (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 3º, III)

IV - divulgar nas instâncias de Controle Social do SUS (Conselhos Distritais de Saúde Indígena, Municipais e Estaduais de Saúde), Comissões Bipartite e Tripartite, bem como os relatórios de certificação e avaliação; (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 3º, IV)

V - articular com as instâncias de Controle Social do SUS (Conselhos Distritais de Saúde Indígena, Municipais e Estaduais), Comissões Bipartite e Tripartite e o acompanhamento do processo de certificação e avaliação. (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 3º, V)

Art. 4º O Comitê de Certificação e Avaliação dos Hospitais Amigos do Índio será integrado por um representante das seguintes instituições: (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 4º)

I - Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS); (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 4º, I)

II - Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 4º, II)

III - Conselho Nacional de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 4º, III)

IV - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 4º, IV)

V - Comissão Intersetorial de Saúde do Índio, do Conselho Nacional de Saúde (CISI/CNS); (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 4º, V)

VI - Conselhos Distritais de Saúde Indígena; (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 4º, VI)

VII - Fundação Nacional do Índio (FUNAI); e (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 4º, VII)

VIII - Sexta Câmara do Ministério Público Federal. (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 4º, VIII)

Parágrafo Único. É facultado ao Comitê de Certificação e Avaliação dos Hospitais Amigos do Índio a constituição de Grupos de Trabalho Locais para visitas de certificação e avaliação. (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 4º, Parágrafo Único)

ANEXO XV

Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Origem: PRT MS/GM 1823/2012)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 1º)

Art. 2º A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora tem como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 2º)

Art. 3º Todos os trabalhadores, homens e mulheres, independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado são sujeitos desta Política. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 3º)

Parágrafo Único. A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora alinha-se com o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, considerando a transversalidade das ações de saúde do trabalhador e o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 4º Além do disposto neste Anexo, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora reger-se-á, de forma complementar, pelos elementos informativos constantes do Anexo 1 do Anexo XV. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 4º)

CAPÍTULO I

DOS PRINCÍPIOS E DAS DIRETRIZES
(Origem: PRT MS/GM 1823/2012, CAPÍTULO I)

Art. 5º A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora observará os seguintes princípios e diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 5º)

I - universalidade; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 5º, I)

II - integralidade; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 5º, II)

III - participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 5º, III)

IV - descentralização; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 5º, IV)

V - hierarquização; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 5º, V)

VI - equidade; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 5º, VI)

VII - precaução. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 5º, VII)

Art. 6º Para fins de implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, dever-se-á considerar a articulação entre: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 6º)

I - as ações individuais, de assistência e de recuperação dos agravos, com ações coletivas, de promoção, de prevenção, de vigilância dos ambientes, processos e atividades de trabalho, e de intervenção sobre os fatores determinantes da saúde dos trabalhadores; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 6º, I)

II - as ações de planejamento e avaliação com as práticas de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 6º, II)

III - o conhecimento técnico e os saberes, experiências e subjetividade dos trabalhadores e destes com as respectivas práticas institucionais. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 6º, III)

Parágrafo Único. A realização da articulação tratada neste artigo requer mudanças substanciais nos processos de trabalho em saúde, na organização da rede de atenção e na atuação multiprofissional e interdisciplinar, que contemplem a complexidade das relações trabalho-saúde. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 6º, Parágrafo Único)

Art. 7º A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora deverá contemplar todos os trabalhadores priorizando, entretanto, pessoas e grupos em situação de maior vulnerabilidade, como aqueles inseridos em atividades ou em relações informais e precárias de trabalho, em atividades de maior risco para a saúde, submetidos a formas nocivas de discriminação, ou ao trabalho infantil, na perspectiva de superar desigualdades sociais e de saúde e de buscar a equidade na atenção. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 7º)

Parágrafo Único. As pessoas e os grupos vulneráveis de que trata o "caput" devem ser identificados e definidos a partir da análise da situação de saúde local e regional e da discussão com a comunidade, trabalhadores e outros atores sociais de interesse à saúde dos trabalhadores, considerando-se suas especificidades e singularidades culturais e sociais. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 7º, Parágrafo Único)

CAPÍTULO II

DOS OBJETIVOS

(Origem: PRT MS/GM 1823/2012, CAPÍTULO II)

Art. 8º São objetivos da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º)

I - fortalecer a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) e a integração com os demais componentes da Vigilância em Saúde, o que pressupõe: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, I)

a) identificação das atividades produtivas da população trabalhadora e das situações de risco à saúde dos trabalhadores no território; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, I, a)

b) identificação das necessidades, demandas e problemas de saúde dos trabalhadores no território; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, I, b)

c) realização da análise da situação de saúde dos trabalhadores; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, I, c)

d) intervenção nos processos e ambientes de trabalho; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, I, d)

e) produção de tecnologias de intervenção, de avaliação e de monitoramento das ações de VISAT; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, I, e)

f) controle e avaliação da qualidade dos serviços e programas de saúde do trabalhador, nas instituições e empresas públicas e privadas; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, I, f)

g) produção de protocolos, de normas técnicas e regulamentares; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, I, g)

h) participação dos trabalhadores e suas organizações. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, I, h)

II - promover a saúde e ambientes e processos de trabalhos saudáveis, o que pressupõe: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, II)

a) estabelecimento e adoção de parâmetros protetores da saúde dos trabalhadores nos ambientes e processos de trabalho; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, II, a)

b) fortalecimento e articulação das ações de vigilância em saúde, identificando os fatores de risco ambiental, com intervenções tanto nos ambientes e processos de trabalho, como no entorno, tendo em vista a qualidade de vida dos trabalhadores e da população circunvizinha; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, II, b)

c) representação do setor saúde/saúde do trabalhador nos fóruns e instâncias de formulação de políticas setoriais e intersetoriais e às relativas ao desenvolvimento econômico e social; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, II, c)

d) inserção, acompanhamento e avaliação de indicadores de saúde dos trabalhadores e das populações circunvizinhas nos processos de licenciamento e nos estudos de impacto ambiental; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, II, d)

e) inclusão de parâmetros de proteção à saúde dos trabalhadores e de manutenção de ambientes de trabalho saudáveis nos processos de concessão de incentivos ao desenvolvimento, nos mecanismos de fomento e outros incentivos específicos; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, II, e)

f) contribuição na identificação e erradicação de situações análogas ao trabalho escravo; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, II, f)

g) contribuição na identificação e erradicação de trabalho infantil e na proteção do trabalho do adolescente; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, II, g)

h) desenvolvimento de estratégias e ações de comunicação de risco e de educação ambiental e em saúde do trabalhador. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, II, h)

III - garantir a integralidade na atenção à saúde do trabalhador, que pressupõe a inserção de ações de saúde do trabalhador em todas as instâncias e pontos da Rede de Atenção à Saúde do SUS, mediante articulação e construção conjunta de protocolos, linhas de cuidado e matriciamento da saúde do trabalhador na assistência e nas estratégias e dispositivos de organização e fluxos da rede, considerando os seguintes componentes: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, III)

a) atenção primária em saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, III, a)

b) atenção especializada, incluindo serviços de reabilitação; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, III, b)

c) atenção pré-hospitalar, de urgência e emergência, e hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, III, c)

d) rede de laboratórios e de serviços de apoio diagnóstico; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, III, d)

e) assistência farmacêutica; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, III, e)

f) sistemas de informações em saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, III, f)

g) sistema de regulação do acesso; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, III, g)

h) sistema de planejamento, monitoramento e avaliação das ações; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, III, h)

i) sistema de auditoria; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, III, i)

j) promoção e vigilância à saúde, incluindo a vigilância à saúde do trabalhador. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, III, j)

IV - ampliar o entendimento de que de que a saúde do trabalhador deve ser concebida como uma ação transversal, devendo a relação saúde-trabalho ser identificada em todos os pontos e instâncias da rede de atenção; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, IV)

V - incorporar a categoria trabalho como determinante do processo saúde-doença dos indivíduos e da coletividade, incluindo-a nas análises de situação de saúde e nas ações de promoção em saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, V)

VI - assegurar que a identificação da situação do trabalho dos usuários seja considerada nas ações e serviços de saúde do SUS e que a atividade de trabalho realizada pelas pessoas, com as suas possíveis consequências para a saúde, seja considerada no momento de cada intervenção em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, VI)

VII - assegurar a qualidade da atenção à saúde do trabalhador usuário do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, VII)

CAPÍTULO III
DAS ESTRATÉGIAS
(Origem: PRT MS/GM 1823/2012, CAPÍTULO III)

Art. 9º São estratégias da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º)

I - integração da Vigilância em Saúde do Trabalhador com os demais componentes da Vigilância em Saúde e com a Atenção Primária em Saúde, o que pressupõe: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I)

a) planejamento conjunto entre as vigilâncias, com eleição de prioridades comuns para atuação integrada, com base na análise da situação de saúde dos trabalhadores e da população em geral, e no mapeamento das atividades produtivas e com potencial impacto ambiental no território; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I, a)

b) produção conjunta de protocolos, normas técnicas e atos normativos, com harmonização de parâmetros e indicadores, para orientação aos estados e municípios no desenvolvimento das ações de vigilância, e especialmente como referência para os processos de pactuação entre as três esferas de gestão do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I, b)

c) harmonização e, sempre que possível, unificação dos instrumentos de registro e notificação de agravos e eventos de interesse comum aos componentes da vigilância; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I, c)

d) incorporação dos agravos relacionados ao trabalho, definidos como prioritários para fins de vigilância, nas listagens de agravos de notificação compulsória, nos âmbitos nacional, estaduais e municipais, seguindo a mesma lógica e fluxos dos demais; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I, d)

e) proposição e produção de indicadores conjuntos para monitoramento e avaliação da situação de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I, e)

f) formação e manutenção de grupos de trabalho integrados para investigação de surtos e eventos inusitados e de investigação de situações de saúde decorrentes de potenciais impactos ambientais de processos e atividades produtivas nos territórios, envolvendo as vigilâncias epidemiológica, sanitária, em saúde ambiental, saúde do trabalhador e rede de laboratórios de saúde pública; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I, f)

g) produção conjunta de metodologias de ação, de investigação, de tecnologias de intervenção, de avaliação e de monitoramento das ações de vigilância nos ambientes e situações epidemiológicas; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I, g)

h) incorporação, pelas equipes de vigilância sanitária dos estados e municípios, de práticas de avaliação, controle e vigilância dos riscos ocupacionais nas empresas e estabelecimentos, observando as atividades produtivas presentes no território; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I, h)

i) investimentos na qualificação e capacitação integradas das equipes dos diversos componentes da vigilância em saúde, com incorporação de conteúdos específicos, comuns e afins, nos processos formativos e nas estratégias de educação permanente de todos os componentes da Vigilância em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I, i)

j) investimentos na ampliação da capacidade técnica e nas mudanças das práticas das equipes das vigilâncias, especialmente para atuação no apoio matricial às equipes de referência dos municípios; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I, j)

k) participação conjunta nas estratégias, fóruns e instâncias de produção, divulgação, difusão e comunicação de informações em saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I, k)

l) estímulo à participação dos trabalhadores e suas organizações, sempre que pertinente, no acompanhamento das ações de vigilância epidemiológica, sanitária e em saúde ambiental, além das ações específicas de VISAT; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I, l)

m) atualização e ou revisão dos códigos de saúde, com inserção de disposições sobre a vigilância em saúde do trabalhador e atribuição da competência de autoridade sanitária às equipes de vigilância em saúde do trabalhador, nos estados e municípios. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I, m)

II - análise do perfil produtivo e da situação de saúde dos trabalhadores, o que pressupõe: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II)

a) identificação das atividades produtivas e do perfil da população trabalhadora no território em conjunto com a atenção primária em saúde e os setores da Vigilância em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, a)

b) implementação da rede de informações em saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, b)

c) definição de elenco de indicadores prioritários para análise e monitoramento; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, c)

d) definição do elenco de agravos relacionados ao trabalho de notificação compulsória e de investigação obrigatória e inclusão no elenco de prioridades, nas três esferas de gestão do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, d)

e) revisão periódica da lista de doenças relacionadas ao trabalho; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, e)

f) realização de estudos e análises que identifiquem e possibilitem a compreensão dos problemas de saúde dos trabalhadores e o comportamento dos principais indicadores de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, f)

g) estruturação das estratégias e processos de difusão e comunicação das informações; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, g)

h) garantia, na identificação do trabalhador, do registro de sua ocupação, ramo de atividade econômica e tipo de vínculo nos seguintes sistemas e fontes de informação em saúde, aproveitando todos os contatos do/a trabalhador/a com o sistema de saúde: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, h)

1. Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, h, 1)

2. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIHSUS); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, h, 2)

3. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, h, 3)

4. Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SAISUS); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, h, 4)

5. Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, h, 5)

6. Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP); e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, h, 6)

7. Registros de Câncer de Base Hospitalar (RCBH); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, h, 7)

i) articulação e sistematização das informações das demais bases de dados de interesse à saúde do trabalhador, como: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, i)

1. Cadastro Nacional de Informações Sociais (CNIS); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, i, 1)
2. Sistema Único de Benefícios (SUB); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, i, 2)
3. Relação Anual de Informações Sociais (RAIS); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, i, 3)
4. Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, i, 4)
5. Sistema Federal de Inspeção do Trabalho (SFIT); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, i, 5)
6. Troca de Informação em Saúde Suplementar (TISS); e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, i, 6)
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, i, 7)

8. outros sistemas de informações dos órgãos e setores de planejamento, da agricultura, do meio ambiente, da segurança pública, do trânsito, da indústria, comércio e mineração, das empresas, dos sindicatos de trabalhadores, entre outras; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, i, 8)

j) gestão junto a essas instituições para acesso às bases de dados de forma desagregada, conforme necessidades da produção da análise da situação de saúde nos diversos níveis territoriais; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, j)

k) produção e divulgação, periódicas, com acesso ao público em geral, de análises de situação de saúde, considerando diversos níveis territoriais (local, municipal, microrregional, macrorregional, estadual, grandes regiões, nacional); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, k)

l) estabelecimento da notificação compulsória e investigação obrigatória em todo território nacional dos acidentes de trabalho graves e com óbito e das intoxicações por agrotóxicos, considerando critérios de magnitude e gravidade; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, l)

m) viabilização da compatibilização e/ou unificação dos instrumentos de coleta de dados e dos fluxos de informações, em articulação com as demais equipes técnicas e das vigilâncias; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, m)

n) gestão junto à Previdência Social para que a notificação dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho feito pelo SUS (Sinan) seja reconhecida, nos casos de trabalhadores segurados pelo Seguro Acidente de Trabalho; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, n)

o) criação de sistemas e bancos de dados para registro das informações contidas nos relatórios de inspeções e mapeamento dos ambientes de trabalho realizados pelas equipes de Vigilância em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, o)

p) definição de elenco básico de indicadores de morbimortalidade e de situações de risco para a composição da análise de situação de saúde dos trabalhadores, considerando o conjunto dos trabalhadores brasileiros, incluindo as parcelas inseridas em atividades informais, ou seja, o total da População Economicamente Ativa Ocupada; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, p)

q) articulação intra e intersetorial para a implantação ou implementação de observatórios de saúde do trabalhador, em especial, articulando-se com o observatório de violências e outros; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, q)

r) articulação, apoio e gestão junto à Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA) para fins de ampliação dos atuais indicadores de saúde do trabalhador constantes das publicações dos Indicadores Básicos de Saúde (IDB); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, r)

s) garantia da inclusão de indicadores de saúde do trabalhador nas RIPSA estaduais, conforme necessidades e especificidades de cada estado; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, s)

t) produção de protocolos e manuais de orientação para os profissionais de saúde para a utilização da Classificação Brasileira de Ocupação e da Classificação Nacional de Atividades Econômicas; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, t)

u) avaliação e produção de relatórios periódicos sobre a qualidade dos dados e informações constantes nos sistemas de informação de interesse à saúde do trabalhador; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, u)

v) disponibilização e divulgação das informações em meios eletrônicos, boletins, cartilhas, impressos, vídeos, rádio e demais instrumentos de comunicação e difusão; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, v)

III - estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) no contexto da Rede de Atenção à Saúde, o que pressupõe: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III)

a) ações de Saúde do Trabalhador junto à atenção primária em saúde: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, a)

1. reconhecimento e mapeamento das atividades produtivas no território; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, a, 1)

2. reconhecimento e identificação da população trabalhadora e seu perfil sócio ocupacional no território; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, a, 2)

3. reconhecimento e identificação dos potenciais riscos e impactos (perfil de morbimortalidade) à saúde dos trabalhadores, das comunidades e ao meio ambiente, advindos das atividades produtivas no território; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, a, 3)

4. identificação da rede de apoio social aos trabalhadores no território; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, a, 4)

5. inclusão, dentre as prioridades de maior vulnerabilidade em saúde do trabalhador, das seguintes situações: chefe da família desempregado ou subempregado, crianças e adolescentes trabalhando, gestantes ou nutrízes trabalhando, algum membro da família portador de algum agravo à saúde relacionado com o trabalho (acidente ou doença) e presença de atividades produtivas no domicílio; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, a, 5)

6. identificação e registro da situação de trabalho, da ocupação e do ramo de atividade econômica dos usuários das unidades e serviços de atenção primária em saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, a, 6)

7. suspeita e ou identificação da relação entre o trabalho e o problema de saúde apresentado pelo usuário, para fins de diagnóstico e notificação dos agravos relacionados ao trabalho; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, a, 7)

8. notificação dos agravos relacionados ao trabalho no Sinan e no SIAB e, emissão de relatórios e atestados médicos, incluindo o laudo de exame médico da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), nos casos pertinentes; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, a, 8)

9. subsídio à definição da rede de referência e contrarreferência e estabelecimento dos fluxos e instrumentos para os encaminhamentos necessários; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, a, 9)

10. articulação com as equipes técnicas e os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) sempre que necessário, para a prestação de retaguarda técnica especializada, considerando seu papel no apoio matricial a toda rede SUS; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, a, 10)

11. definição e implantação de condutas e manejo assistenciais, de promoção e de vigilância em saúde do trabalhador, mediante a aplicação de protocolos, de linhas de cuidado e de projetos terapêuticos para os agravos, e de linhas guias para a vigilância de situações de riscos relacionados ao trabalho; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, a, 11)

12. incorporação de conteúdos de saúde do trabalhador nas estratégias de capacitação e de educação permanente para as equipes da atenção primária em saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, a, 12)

b) ações de saúde do trabalhador junto à urgência e emergência: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, b)

1. identificação e registro da situação de trabalho, da ocupação e do ramo de atividade econômica dos usuários dos pontos de atenção às urgências e emergências, nas redes estaduais e municipais; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, b, 1)

2. identificação da relação entre o trabalho e o acidente, violência ou intoxicação exógena sofridos pelo usuário, com decorrente notificação do agravo no Sinan e adequado registro no SIH-SUS para os casos que requererem hospitalização; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, b, 2)

3. preenchimento do laudo de exame médico da CAT nos casos pertinentes; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, b, 3)

4. acompanhamento desses casos pelas equipes dos Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar, onde houver; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, b, 4)

5. encaminhamento para a rede de referência e contrarreferência, para fins de continuidade do tratamento, acompanhamento e reabilitação, seguindo os fluxos e instrumentos definidos para tal; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, b, 5)

6. articulação com as equipes técnicas e os CEREST sempre que necessário para a prestação de retaguarda técnica especializada, considerando seu papel no apoio matricial a toda rede SUS; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, b, 6)

7. harmonização dos conceitos dos eventos/agravs e unificação das fichas de notificação dos casos de acidentes de trabalho, outros acidentes e violências; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, b, 7)

8. incorporação de conteúdos de saúde do trabalhador nas estratégias de capacitação e de educação permanente para as equipes dos pontos de atenção às urgências e emergências; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, b, 8)

9. estabelecimento de parcerias intersetoriais e referência e contrarreferência com as unidades de atendimento e serviços das Secretarias de Segurança Pública, Institutos Médico Legais, e setores/departamentos de trânsito e transporte; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, b, 9)

c) ações de saúde do trabalhador junto à atenção especializada (ambulatorial e hospitalar): (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, c)

1. identificação e registro da situação de trabalho, da ocupação e do ramo de atividade econômica dos usuários dos pontos de atenção especializada, nas redes estaduais e municipais; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, c, 1)

2. suspeita ou identificação da relação entre o trabalho e o agravo à saúde do usuário, com decorrente notificação do agravo no Sinan; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, c, 2)

3. preenchimento do laudo de exame médico da CAT nos casos pertinentes; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, c, 3)

4. encaminhamento para a rede de referência e contrarreferência, para fins de continuidade do tratamento, acompanhamento e reabilitação, seguindo os fluxos e instrumentos definidos para tal; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, c, 4)

5. articulação com as equipes técnicas e os CEREST sempre que necessário para a prestação de retaguarda técnica especializada, considerando seu papel no apoio matricial a toda rede SUS; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, c, 5)

6. incorporação de conteúdos de saúde do trabalhador nas estratégias de capacitação e de educação permanente para as equipes dos pontos de atenção especializada; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, c, 6)

IV - fortalecimento e ampliação da articulação intersetorial, o que pressupõe: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, IV)

a) aplicação de indicadores de avaliação de impactos à saúde dos trabalhadores e das comunidades nos processos de licenciamento ambiental, de concessão de incentivos ao desenvolvimento, mecanismos de fomento e incentivos específicos; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, IV, a)

b) fiscalização conjunta onde houver trabalho em condições insalubres, perigosas e degradantes, como nas carvoarias, madeireiras, canaviais, construção civil, agricultura em geral, calcareiras, mineração, entre outros, envolvendo os Ministérios do Trabalho e do Meio Ambiente, o SUS e o Ministério Público; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, IV, b)

c) compartilhamento e publicização das informações produzidas por cada órgão e instituição, inclusive por meio da constituição de observatórios, de modo a viabilizar a adequada análise de situação, estabelecimento de prioridades, tomada de decisão e monitoramento das ações; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, IV, c)

V - estímulo à participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, o que pressupõe: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, V)

a) acolhimento e resposta às demandas dos representantes da comunidade e do controle social; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, V, a)

b) buscar articulação com entidades, instituições, organizações não governamentais, associações, cooperativas e demais representações de categorias de trabalhadores, presentes no território, inclusive as inseridas em atividades informais de trabalho e populações em situação de vulnerabilidade; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, V, b)

c) estímulo à participação de representação dos trabalhadores nas instâncias oficiais de representação social do SUS, a exemplo dos conselhos e comissões intersetoriais, nas três esferas de gestão do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, V, c)

d) apoiar o funcionamento das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador (CIST) dos Conselhos de Saúde, nas três esferas de gestão do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, V, d)

e) inclusão da comunidade e do controle social nos programas de capacitação e educação permanente em saúde do trabalhador, sempre que possível, e inclusão de conteúdos de saúde do trabalhador nos processos de capacitação permanente voltados para a comunidade e o controle social, incluindo grupos de trabalhadores em situação de vulnerabilidade, com vistas às ações de promoção em saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, V, e)

f) transparência e facilitação do acesso às informações aos representantes da comunidade, dos trabalhadores e do controle social; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, V, f)

VI - desenvolvimento e capacitação de recursos humanos, o que pressupõe: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VI)

a) adoção de estratégias para a progressiva desprecarização dos vínculos de trabalho das equipes de saúde, incluindo os técnicos dos centros de referência e das vigilâncias, nas três esferas de gestão do SUS, mediante concurso público; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VI, a)

b) inserção de especificação da atribuição de inspetor de vigilância aos técnicos em saúde do trabalhador nos planos de carreira, cargos e vencimentos, nas esferas estadual e municipal; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VI, b)

c) inserção de conteúdos de saúde do trabalhador nos diversos processos formativos e estratégias de educação permanente, cursos e capacitações, para profissionais de nível superior e nível médio, com destaque àqueles destinados às equipes de Vigilância em Saúde, à Saúde da Família e aos gestores; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VI, c)

d) capacitação para aplicação de protocolos, linhas guias e linhas de cuidado em saúde do trabalhador, com ênfase à identificação da relação saúde-trabalho, ao diagnóstico e manejo dos acidentes e das doenças relacionadas ao trabalho,

incluindo a reabilitação, à vigilância de agravos, de ambientes e de processos de trabalho e à produção de análise da situação de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VI, d)

e) capacitação voltada à aplicação de medidas básicas de promoção, prevenção e educação em saúde e às orientações quanto aos direitos dos trabalhadores; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VI, e)

f) estabelecimento de referências e conteúdos curriculares para a formação de profissionais em saúde do trabalhador, de nível técnico e superior; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VI, f)

g) produção de tecnologias mistas de educação presencial e a distância e publicização de tecnologias já existentes, com estabelecimento de processos e métodos de acompanhamento, avaliação e atualização dessas tecnologias; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VI, g)

h) articulação intersetorial com Ministérios e Secretarias de Governo, especialmente com o Ministério da Educação, para fins de inclusão de conteúdos temáticos de saúde do trabalhador nos currículos do ensino fundamental e médio, da rede pública e privada, em cursos de graduação e de programas específicos de pós-graduação em sentido amplo e restrito, possibilitando a articulação ensino / pesquisa / extensão, bem como nos cursos voltados à qualificação profissional e empresarial; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VI, h)

i) investimento na qualificação de todos os técnicos dos CEREST, no mínimo, em nível de especialização; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VI, i)

j) integração com órgãos de fomento de pesquisa, nacionais e internacionais e com instituições responsáveis pelo processo educativo como universidades, centros de pesquisa, organizações sindicais, ONG, entre outras; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VI, j)

k) apoio à capacitação voltada para os interesses do movimento social, movimento sindical e controle social, em consonância com as ações e diretrizes estratégicas do SUS e com a legislação de regência; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VI, k)

VII - apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas, o que pressupõe: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VII)

a) articulação estreita entre os serviços e instituições de pesquisa e universidades, com envolvimento de toda a rede de serviços do SUS na construção de saberes, normas, protocolos, tecnologias e ferramentas, voltadas à produção de respostas aos problemas e necessidades identificadas pelos serviços, comunidade e controle social; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VII, a)

b) adoção de critérios epidemiológicos e de relevância social para a identificação e definição das linhas de investigação, estudos e pesquisas, de modo a fornecer respostas e subsídios técnico-científicos para o enfrentamento de problemas prioritários no contexto da saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VII, b)

c) desenvolvimento de projetos de pesquisa-intervenção que possam ser estruturantes para a saúde do trabalhador no SUS, que articulem as ações de promoção, vigilância, assistência, reabilitação e produção e comunicação de informações, e resultem em produção de tecnologias de intervenção em problemas prioritários em cada território; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VII, c)

d) definição de linhas prioritárias de pesquisa para a produção de conhecimento e de respostas às questões teórico conceituais do campo da saúde do trabalhador, de modo a preencher lacunas e produzir modelos teóricos que contribuam para a melhoria da promoção, da vigilância e da atenção à saúde dos trabalhadores; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VII, d)

e) incentivo à pesquisa e aplicação de tecnologias limpas e/ou com reduzido impacto à saúde dos trabalhadores e ao meio ambiente, bem como voltadas à produção de alternativas e substituição de produtos e processos já reconhecidos como danosos à saúde, e formas de organização de trabalho saudáveis; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VII, e)

f) estabelecimento de rede de centros de pesquisa colaboradores na construção de saberes, normas, protocolos, tecnologias e ferramentas, voltadas à produção de respostas aos problemas e necessidades identificadas pelos serviços, comunidade e controle social; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VII, f)

g) estabelecimento de mecanismos que garantam a participação da comunidade e das representações dos trabalhadores no desenvolvimento dos estudos e pesquisas, incluindo a divulgação e aplicação dos seus resultados; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VII, g)

h) garantia, pelos gestores, da observância dos preceitos éticos no desenvolvimento de estudos e pesquisas realizados no âmbito da rede de serviços do SUS, mediante a participação dos Comitês de Ética em Pesquisa nesses processos. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VII, h)

§ 1º A análise da situação de saúde dos trabalhadores, de que trata o inciso II do "caput", compreende o monitoramento contínuo de indicadores e das situações de risco, com vistas a subsidiar o planejamento das ações e das intervenções em saúde do trabalhador, de forma mais abrangente, no território nacional, no estado, região, município e nas áreas de abrangência das equipes de atenção à saúde. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, § 1º)

§ 2º No que se refere à análise da situação de saúde dos trabalhadores, de que trata o inciso II do "caput", dever-se-á promover a articulação das redes de informações, que se baseará nos seguintes pressupostos: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, § 2º)

I - concepção de que as informações em saúde do trabalhador, presentes em diversas bases e fontes de dados, devem estar em consonância com os princípios e diretrizes da Política Nacional de Informações e Informática do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, § 2º, I)

II - necessidade de estabelecimento de processos participativos nas definições e na produção de informações de interesse à saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, § 2º, II)

III - empreendimento sistemático e permanente de ações, com vistas ao aprimoramento e melhoria da qualidade das informações; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, § 2º, III)

IV - compartilhamento de informações de interesse para a saúde do trabalhador, mediante colaboração intra e intersetorial, entre as esferas de governo, e entre instituições, públicas e privadas, nacionais e internacionais; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, § 2º, IV)

V - necessidade de estabelecimento de mecanismos de publicação e garantia de acesso pelos diversos públicos interessados; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, § 2º, V)

VI - zelo pela privacidade e confidencialidade de dados individuais identificados, garantindo o acesso necessário às autoridades sanitárias no exercício das ações de vigilância. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, § 2º, VI)

§ 3º O processo de capacitação em saúde do trabalhador, de que trata o inciso VI do caput, deverá: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, § 3º)

I - contemplar as diversidades e especificidades locais, incorporar os princípios do trabalho cooperativo, interdisciplinar e em equipe multiprofissional e as experiências acumuladas pelos estados e municípios nessa área; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, § 3º, I)

II - abranger todos os profissionais vinculados ao SUS, independente da especialidade e nível de atuação - atenção básica ou especializada, os inseridos em programas e estratégias específicos, como, por exemplo, agentes comunitários de saúde, saúde da família, saúde da mulher, saúde do homem, saúde mental, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e em saúde ambiental, entre outros; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, § 3º, II)

III - considerar, sempre que possível, com graus de prioridade distintos, as necessidades de outras instituições públicas e privadas - sindicatos de trabalhadores e patronais, organizações não governamentais (ONG) e empresas que atuam na área de modo interativo com o SUS, em consonância com a legislação de regência; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, § 3º, III)

IV - contemplar estratégias de articulação e de inserção de conteúdos de saúde do trabalhador nos diversos cursos de graduação das áreas de saúde, engenharias, ciências sociais, entre outros além de outros que apresentem correlação com a área da saúde, de modo a viabilizar a preparação dos profissionais desde a graduação, incluindo a oferta de vagas para estágios curriculares e extracurriculares. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, § 3º, IV)

CAPÍTULO IV
DAS RESPONSABILIDADES
(Origem: PRT MS/GM 1823/2012, CAPÍTULO IV)

Seção I
Das Atribuições dos Gestores do SUS
(Origem: PRT MS/GM 1823/2012, CAPÍTULO IV, Seção I)

Art. 10. São responsabilidades da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, em seu âmbito administrativo, além de outras que venham a ser pactuadas pelas Comissões Intergestores: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 10)

I - garantir a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 10, I)

II - orientar e ordenar os fluxos das ações e dos serviços de saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 10, II)

III - monitorar o acesso às ações e aos serviços de saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 10, III)

IV - assegurar a oferta regional das ações e dos serviços de saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 10, IV)

V - estabelecer e garantir a articulação sistemática entre os diversos setores responsáveis pelas políticas públicas, para analisar os diversos problemas que afetam a saúde dos trabalhadores e pactuar uma agenda prioritária de ações intersetoriais; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 10, V)

VI - desenvolver estratégias para identificar situações que resultem em risco ou produção de agravos à saúde, adotando e ou fazendo adotar medidas de controle quando necessário. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 10, VI)

Art. 11. À direção nacional do SUS compete: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11)

I - coordenar, em âmbito nacional, a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, I)

II - conduzir as negociações nas instâncias do SUS, visando inserir ações, metas e indicadores de saúde do trabalhador no Plano Nacional de Saúde e na Programação Anual de Saúde, a partir de planejamento estratégico que considere a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, II)

III - alocar recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, aprovados no Conselho Nacional de Saúde (CNS); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, III)

IV - desenvolver estratégias visando o fortalecimento da participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, incluindo o apoio e fortalecimento da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST) do CNS; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, IV)

V - apoiar tecnicamente as Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, na implementação e execução da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, V)

VI - promover a incorporação de ações e procedimentos de vigilância e de assistência à saúde do trabalhador junto à Rede de Atenção à Saúde, considerando os diferentes níveis de complexidade, tendo como centro ordenador a Atenção Primária em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, VI)

VII - monitorar, em conjunto com as secretarias estaduais e municipais de saúde, os indicadores pactuados para avaliação das ações e serviços de saúde dos trabalhadores; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, VII)

VIII - estabelecer rotinas de sistematização, processamento, análise e divulgação dos dados gerados nos municípios e nos estados a partir dos sistemas de informação em saúde, de acordo com os interesses e necessidades do planejamento estratégico da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, VIII)

IX - elaborar perfil produtivo e epidemiológico, a partir de fontes de informação existentes e de estudos específicos, com vistas a subsidiar a programação e avaliação das ações de atenção à saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, IX)

X - promover a articulação intersetorial com vistas à promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis e ao acesso às informações e bases de dados de interesse à saúde dos trabalhadores; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, X)

XI - participar da elaboração de propostas normativas e elaborar normas pertinentes à sua área de atuação, com a participação de outros atores sociais como entidades representativas dos trabalhadores, universidades e organizações não governamentais; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, XI)

XII - promover a formação e a capacitação em saúde do trabalhador dos profissionais de saúde do SUS, junto à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, bem como estimular a parceria entre os órgãos e instituições pertinentes para formação e capacitação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, em consonância com a legislação de regência; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, XII)

XIII - desenvolver estratégias de comunicação e elaborar materiais de divulgação visando disponibilizar informações do perfil produtivo e epidemiológico relativos à saúde dos trabalhadores; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, XIII)

XIV - conduzir a revisão periódica da listagem oficial de doenças relacionadas ao trabalho no território nacional e a inclusão do elenco prioritário de agravos relacionados ao trabalho na listagem nacional de agravos de notificação compulsória; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, XIV)

XV - regular, monitorar, avaliar e auditar as ações e serviços de saúde do trabalhador, no âmbito de sua competência. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, XV)

Art. 12. À direção estadual do SUS compete: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12)

I - coordenar, em âmbito estadual, a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, I)

II - conduzir as negociações nas instâncias estaduais do SUS, visando inserir ações, metas e indicadores de saúde do trabalhador no Plano Estadual de Saúde e na Programação Anual de Saúde, a partir de planejamento estratégico que considere a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, II)

III - pactuar e alocar recursos orçamentários e financeiros, para a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, pactuados nas instâncias de gestão e aprovados no Conselho Estadual de Saúde (CES); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, III)

IV - desenvolver estratégias visando o fortalecimento da participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, incluindo o apoio e fortalecimento da CIST do CES; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, IV)

V - apoiar tecnicamente e atuar de forma integrada com as secretarias municipais de saúde na implementação das ações de saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, V)

VI - organizar as ações de promoção, vigilância e assistência à saúde do trabalhador nas regiões de saúde, considerando os diferentes níveis de complexidade, tendo como centro ordenador a Atenção Primária em Saúde, definindo, em conjunto com os municípios, os mecanismos e os fluxos de referência, contrarreferência e de apoio matricial, além de outras medidas, para assegurar o desenvolvimento de ações de promoção, vigilância e assistência em saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, VI)

VII - realizar a pactuação regional e estadual das ações e dos indicadores de promoção, vigilância e assistência à saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, VII)

VIII - monitorar, em conjunto com as secretarias municipais de saúde, os indicadores pactuados para avaliação das ações e serviços de saúde dos trabalhadores; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, VIII)

IX - regular, monitorar, avaliar e auditar as ações e a prestação de serviços em saúde do trabalhador, no âmbito de sua competência; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, IX)

X - garantir a implementação, nos serviços públicos e privados, da notificação compulsória dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, assim como do registro dos dados pertinentes à saúde do trabalhador no conjunto dos sistemas de informação em saúde, alimentando regularmente os sistemas de informações em seu âmbito de atuação, estabelecendo rotinas de sistematização, processamento e análise dos dados gerados nos municípios, de acordo com os interesses e necessidades do planejamento desta Política; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, X)

XI - elaborar, em seu âmbito de competência, perfil produtivo e epidemiológico, a partir de fontes de informação existentes e de estudos específicos, com vistas a subsidiar a programação e avaliação das ações de atenção à saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, XI)

XII - participar da elaboração de propostas normativas e elaborar normas técnicas pertinentes à sua esfera de competência, com outros atores sociais como entidades representativas dos trabalhadores, universidades e organizações não governamentais; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, XII)

XIII - promover a formação e capacitação em saúde do trabalhador para os profissionais de saúde do SUS, inclusive na forma de educação continuada, respeitadas as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, bem como estimular a parceria entre os órgãos e instituições pertinentes para formação e capacitação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, em consonância com a legislação de regência; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, XIII)

XIV - desenvolver estratégias de comunicação e elaborar materiais de divulgação visando disponibilizar informações do perfil produtivo e epidemiológico relativos à saúde dos trabalhadores; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, XIV)

XV - definir e executar projetos especiais em questões de interesse locorregional, em conjunto com as equipes municipais, quando e onde couber; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, XV)

XVI - promover, no âmbito estadual, a articulação intersetorial com vistas à promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis e ao acesso às informações e bases de dados de interesse à saúde dos trabalhadores. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, XVI)

Art. 13. Compete aos gestores municipais de saúde: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13)

I - executar as ações e serviços de saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, I)

II - coordenar, em âmbito municipal, a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, II)

III - conduzir as negociações nas instâncias municipais do SUS, visando inserir ações, metas e indicadores de saúde do trabalhador no Plano Municipal de Saúde e na Programação Anual de Saúde, a partir de planejamento estratégico que considere a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, III)

IV - pactuar e alocar recursos orçamentários e financeiros para a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, pactuados nas instâncias de gestão e aprovados no Conselho Municipal de Saúde (CMS); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, IV)

V - desenvolver estratégias visando o fortalecimento da participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, incluindo o apoio e fortalecimento da CIST do CMS; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, V)

VI - constituir referências técnicas em saúde do trabalhador e/ou grupos matriciais responsáveis pela implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, VI)

VII - participar, em conjunto com o estado, da definição dos mecanismos e dos fluxos de referência, contrarreferência e de apoio matricial, além de outras medidas, para assegurar o desenvolvimento de ações de promoção, vigilância e assistência em saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, VII)

VIII - articular-se regionalmente para integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde quando da identificação de problemas e prioridades comuns; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, VIII)

IX - regular, monitorar, avaliar e auditar as ações e a prestação de serviços em saúde do trabalhador, no âmbito de sua competência; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, IX)

X - implementar, na Rede de Atenção à Saúde do SUS, e na rede privada, a notificação compulsória dos agravos à saúde relacionados com o trabalho, assim como o registro dos dados pertinentes à saúde do trabalhador no conjunto dos sistemas de informação em saúde, alimentando regularmente os sistemas de informações em seu âmbito de atuação, estabelecendo rotinas de sistematização, processamento e análise dos dados gerados no município, de acordo com os interesses e necessidades do planejamento da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, X)

XI - instituir e manter cadastro atualizado de empresas classificadas nas diversas atividades econômicas desenvolvidas no município, com indicação dos fatores de risco que possam ser gerados para os trabalhadores e para o contingente populacional direta ou indiretamente a eles expostos, em articulação com a vigilância em saúde ambiental; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, XI)

XII - elaborar, em seu âmbito de competência, perfil produtivo e epidemiológico, a partir de fontes de informação existentes e de estudos específicos, com vistas a subsidiar a programação e avaliação das ações de atenção à saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, XII)

XIII - capacitar, em parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde e com os CEREST, os profissionais e as equipes de saúde do SUS, 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, em consonância com as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, bem como estimular a parceria entre os órgãos e instituições pertinentes para formação e capacitação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, em consonância com a legislação de regência; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, XIII)

XIV - promover, no âmbito municipal, articulação intersetorial com vistas à promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis e ao acesso às informações e bases de dados de interesse à saúde dos trabalhadores. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, XIV)

Seção II

Das Atribuições dos CEREST e das Equipes Técnicas
(Origem: PRT MS/GM 1823/2012, CAPÍTULO IV, Seção II)

Art. 14. Cabe aos CEREST, no âmbito da RENAST: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 14)

I - desempenhar as funções de suporte técnico, de educação permanente, de coordenação de projetos de promoção, vigilância e assistência à saúde dos trabalhadores, no âmbito da sua área de abrangência; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 14, I)

II - dar apoio matricial para o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador na atenção primária em saúde, nos serviços especializados e de urgência e emergência, bem como na promoção e vigilância nos diversos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 14, II)

III - atuar como centro articulador e organizador das ações intra e intersetoriais de saúde do trabalhador, assumindo a retaguarda técnica especializada para o conjunto de ações e serviços da rede SUS e se tornando polo irradiador de ações e experiências de vigilância em saúde, de caráter sanitário e de base epidemiológica. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 14, III)

§ 1º As ações a serem desenvolvidas pelos CEREST serão planejadas de forma integrada pelas equipes de saúde do trabalhador no âmbito das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e das secretarias municipais de saúde (SMS), sob a coordenação dos gestores. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 14, § 1º)

§ 2º Para as situações em que o município não tenha condições técnicas e operacionais, ou para aquelas definidas como de maior complexidade, caberá às SES a execução direta de ações de vigilância e assistência, podendo fazê-lo, em caráter complementar ou suplementar, através dos CEREST. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 14, § 2º)

§ 3º O apoio matricial, de que trata o art. 14, II, será equacionado a partir da constituição de equipes multiprofissionais e do desenvolvimento de práticas interdisciplinares, com estabelecimento de relações de trabalho entre a equipe de matriciamento e as equipes técnicas de referência, na perspectiva da prática da clínica ampliada, da promoção e da vigilância em saúde do trabalhador. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 14, § 3º)

Art. 15. As equipes técnicas de saúde do trabalhador, nas três esferas de gestão, com o apoio dos CEREST, devem garantir sua capacidade de prover o apoio institucional e o apoio matricial para o desenvolvimento e incorporação das ações de saúde do trabalhador no SUS. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 15)

Parágrafo Único. A execução do disposto no caput deste artigo pressupõe, no mínimo: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 15, Parágrafo Único)

I - a construção, em toda a Rede de Atenção à Saúde, de capacidade para a identificação das atividades produtivas e do perfil epidemiológico dos trabalhadores nas regiões de saúde definidas pelo Plano Diretor de Regionalização e Investimentos (PDRI); e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 15, Parágrafo Único, I)

II - a capacitação dos profissionais de saúde para a identificação e monitoramento dos casos atendidos que possam ter relação com as ocupações e os processos produtivos em que estão inseridos os usuários. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 15, Parágrafo Único, II)

CAPÍTULO V **DA AVALIAÇÃO E DO MONITORAMENTO** (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, CAPÍTULO V)

Art. 16. As metas e os indicadores para avaliação e monitoramento da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora devem estar contidos nos instrumentos de gestão definidos pelo sistema de planejamento do SUS: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 16)

I - Planos de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 16, I)

II - Programações Anuais de Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 16, II)

III - Relatórios Anuais de Gestão. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 16, III)

§ 1º O planejamento estratégico deve contemplar ações, metas e indicadores de promoção, vigilância e atenção em saúde do trabalhador, nos moldes de uma atuação permanentemente articulada e sistêmica. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 16, § 1º)

§ 2º As necessidades de saúde do trabalhador devem ser incorporadas no processo geral do planejamento das ações de saúde, mediante a utilização dos instrumentos de pactuação do SUS, o qual é um processo dinâmico, contínuo e

sistemático de pactuação de prioridades e estratégias de saúde do trabalhador nos âmbitos municipal, regional, estadual e federal, considerando os diversos sujeitos envolvidos neste processo. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 16, § 2º)

Art. 17. A avaliação e o monitoramento da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, pelas três esferas de gestão do SUS, devem ser conduzidos considerando-se: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 17)

I - a inserção de ações de saúde do trabalhador, considerando objetivos, diretrizes, metas e indicadores, no Plano de Saúde, na Programação Anual de Saúde e no Relatório Anual de Gestão, em cada esfera de gestão do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 17, I)

II - a definição de que as ações de saúde do trabalhador, em cada esfera de gestão, devem expressar com clareza e transparência, os mecanismos e as fontes de financiamento; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 17, II)

III - o estabelecimento de investimentos nas ações de vigilância, no desenvolvimento de ações na Atenção Primária em Saúde e na regionalização como eixos prioritários para a aplicação dos recursos de saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 17, III)

IV - a definição de interlocutor para o tema saúde do trabalhador nas três esferas de gestão do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 17, IV)

V - a inclusão na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) de ações e serviços de saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 17, V)

VI - a produção de protocolos, de linhas guias e linhas de cuidado em saúde do trabalhador, de acordo com os níveis de organização da vigilância e atenção à saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 17, VI)

VII - a capacitação dos profissionais de saúde, visando à implementação dos protocolos, das linhas guias e das linhas de cuidado em saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 17, VII)

VIII - a definição dos fluxos de referência, contrarreferência e de apoio matricial, de acordo com as diretrizes clínicas, as linhas de cuidado pactuadas na Comissão Intergestores Regional (CIR) e na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), garantindo a notificação compulsória dos agravos relacionados ao trabalho; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 17, VIII)

IX - o monitoramento e avaliação dos indicadores de saúde do trabalhador pactuados, bem como o acompanhamento da evolução histórica e tendências dos indicadores de morbimortalidade, nas esferas municipal, micro e macrorregionais, estadual e nacional. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 17, IX)

CAPÍTULO VI

DO FINANCIAMENTO

(Origem: PRT MS/GM 1823/2012, CAPÍTULO VI)

Art. 18. Além dos recursos dos fundos nacionais, estaduais e municipais de saúde, fica facultado aos gestores de saúde utilizar outras fontes de financiamento, como: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 18)

I - ressarcimento ao SUS, pelos planos de saúde privados, dos valores gastos nos serviços prestados aos seus segurados, em decorrência de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 18, I)

II - repasse de recursos advindos de contribuições para a seguridade social; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 18, II)

III - criação de fundos especiais; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 18, III)

IV - parcerias com organismos nacionais e internacionais para financiamento de projetos especiais, de desenvolvimento de tecnologias, máquinas e equipamentos com maior proteção à saúde dos trabalhadores, especialmente aqueles voltados a cooperativas, da economia solidária e pequenos empreendimentos. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 18, IV)

Parágrafo Único. Além das fontes de financiamento previstas neste artigo, poderão ser pactuados, nas instâncias intergestores, incentivos específicos para as ações de promoção e vigilância em saúde do trabalhador, a serem inseridos nos pisos variáveis dos componentes de vigilância e promoção da saúde e da vigilância sanitária. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 18, Parágrafo Único)

ANEXO 1 DO ANEXO XV

Elementos Informativos da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Anexo 1)

ELEMENTOS INFORMATIVOS DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA

Os elementos informativos consistem na apresentação de conceitos e contextualização de termos e conteúdos explicativos e conformadores da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Tem como finalidade precípua conferir caráter pedagógico e orientador à Política.

1. A Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) compreende todas as ações e serviços que o Sistema Único de Saúde (SUS) oferece ao usuário para atendimento da integralidade que se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual conforme pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). A organização e a integração das ações e dos serviços de saúde sob a responsabilidade dos entes federativos em uma região de saúde, inclusive as de saúde do trabalhador, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários do SUS é objeto do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde.

2. A participação da comunidade é um princípio fundante do SUS, estabelecido na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde, tendo relevância e especificidades na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Partindo deste princípio, a participação dos trabalhadores é essencial nos processos de identificação das situações de risco presentes nos ambientes de trabalho e das repercussões sobre a sua saúde, bem como na formulação, no planejamento, acompanhamento e avaliação das intervenções sobre as condições geradoras dos agravos relacionados ao trabalho. Cabe às diversas instâncias do SUS assumir como legítima a participação da sociedade nas decisões envolvendo as políticas de saúde do trabalhador, estabelecendo-se relações éticas entre os representantes da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, gestores e a equipe de saúde. A garantia da participação da comunidade e do controle social na formulação, no planejamento, no acompanhamento e na avaliação das políticas, contribui para o fortalecimento do exercício da cidadania pela sociedade.

3. Deve-se, no âmbito da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora observar a diretriz organizativa da descentralização, o que requer a consolidação do papel do Município como instância efetiva de desenvolvimento das ações de atenção à saúde do trabalhador em seu território, de acordo com as necessidades e características de suas populações.

4. No que toca à diretriz da hierarquização, a construção da atenção integral à saúde do trabalhador passa pela integração de todos os níveis de atuação do SUS, em função de sua complexidade e densidade tecnológica, considerando sua organização em redes e sistemas solidários e compartilhados entre as três esferas de gestão e conforme a pactuação estadual e regional.

5. O direito à saúde constitui-se num direito social derivado do direito à vida, estabelecido na Declaração Universal dos Direitos Humanos (Resolução 217ª, III, da Assembleia Geral da ONU, 10/09/1948). No Brasil, segundo a Constituição Federal de 1988, o direito à saúde é um direito social (art. 6º) que decorre do princípio fundamental da dignidade humana (inciso III, art. 1º), cabendo ao Estado garanti-la mediante políticas sociais e econômicas, que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (art. 196). Dessa forma, é dever do poder público prover as condições e as garantias para o exercício do direito individual e coletivo à saúde, com a ressalva de que o dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade (art. 2º, parágrafo 2º da Lei Nº 8.080/90). A responsabilidade sanitária é comum às três esferas de gestão do SUS - federal, estadual e municipal, e deve ser desempenhada por meio da formulação, financiamento e gestão de políticas de saúde que respondam às necessidades sanitárias, demográficas e sócio-culturais das populações e superem as iniquidades existentes. Nesse sentido, o caráter ético-político da ação sanitária em saúde do trabalhador compreende o entendimento de que o objetivo e a justificativa da intervenção é a melhoria das condições de trabalho e saúde. Refere-se ao compromisso ético, que devem assumir gestores e profissionais de saúde nas ações desenvolvidas, tanto no que diz respeito à dignidade dos trabalhadores, ao direito à informação fidedigna, ao sigilo, no que couber, das informações relativas ao seu estado de saúde e a sua individualidade, quanto em relação ao direito de conhecimento sobre o processo e os resultados das intervenções sanitárias, e de participação, inclusive na tomada de decisões.

6. A incorporação do princípio da precaução nas ações de saúde do trabalhador considera que, por precaução, medidas devem ser implantadas visando prevenir danos à saúde dos trabalhadores, mesmo na ausência da certeza científica formal da existência de risco grave ou irreversível à saúde. Busca, assim, prevenir possíveis agravos à saúde dos trabalhadores causados pela utilização de processos produtivos, tecnologias, substâncias químicas, equipamentos e máquinas, entre outros. Requer, na tomada de decisão em relação ao uso de determinadas tecnologias, que o ônus da prova científica passe a ser atribuído aos proponentes das atividades suspeitas de danos à saúde e ao ambiente.

7. A Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) é um dos componentes do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Visa à promoção da saúde e a redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos (Portaria GM/MS Nº 3.252/09). A especificidade de seu campo é dada por ter como objeto a relação da saúde com o ambiente e os processos de trabalho, abordada por práticas sanitárias desenvolvidas com a participação dos trabalhadores em todas as suas etapas. Como componente da vigilância em saúde e visando à integralidade do cuidado, a VISAT deve inserir-se no processo de construção da Rede de Atenção à Saúde, coordenada pela Atenção Primária à Saúde (Portaria GM/MS Nº 3.252/09). Nesta perspectiva, a VISAT é estruturante e essencial ao modelo de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador. A Vigilância em Saúde do Trabalhador compreende uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los (Portaria GM/MS Nº 3.120/98). Apresenta como características gerais:

- O caráter transformador: a Vigilância em Saúde do Trabalhador constitui um processo pedagógico que requer a participação dos sujeitos e implica em assumir compromisso ético em busca da melhoria dos ambientes e processos de trabalho. Dessa maneira, a ação de VISAT deve ter caráter proponente de mudanças e de intervenção sobre os fatores determinantes e condicionantes dos problemas de saúde relacionados ao trabalho.

- A importância das ações de promoção, proteção e prevenção: partindo do entendimento de que os problemas de saúde decorrentes do trabalho são potencialmente preveníveis, esta Política deve fomentar a substituição de matérias primas, de tecnologias e de processos organizacionais prejudiciais à saúde por substâncias, produtos e processos menos nocivos. As práticas de intervenção em VISAT devem orientar-se pela priorização de medidas de controle dos riscos na origem e de proteção coletiva.

- Interdisciplinaridade: a abordagem multiprofissional sobre o objeto da vigilância em saúde do trabalhador deve contemplar os saberes técnicos, com a concorrência de diferentes áreas do conhecimento e, fundamentalmente, o saber dos trabalhadores, necessários para o desenvolvimento da ação.

- Pesquisa-intervenção: o entendimento de que a intervenção, no âmbito da vigilância em saúde do trabalhador, é o deflagrador de um processo contínuo, ao longo do tempo, em que a pesquisa é sua parte indissolúvel, subsidiando e aprimorando a própria intervenção.

- Articulação intrasetorial: a Vigilância em Saúde do Trabalhador deve se articular com os demais componentes da Vigilância em Saúde - Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância em Saúde Ambiental, Promoção da Saúde e Vigilância da Situação de Saúde.

- Articulação intersetorial: deve ser compreendida como o exercício da transversalidade entre as políticas de saúde do trabalhador e outras políticas setoriais, como Previdência, Trabalho e Meio Ambiente, e aquelas relativas ao desenvolvimento econômico e social, nos âmbitos federal, estadual e municipal.

- Pluriinstitucionalidade: articulação, com formação de redes e sistemas no âmbito da vigilância em saúde e com as universidades, os centros de pesquisa e demais instituições públicas com responsabilidade na área de saúde do trabalhador, consumo e ambiente.

8. A promoção da saúde e de ambientes e processos de trabalho saudáveis deve ser compreendida como um conjunto de ações, articuladas intra e intersetorialmente, que possibilite a intervenção nos determinantes do processo saúde-doença dos trabalhadores, a atuação em situações de vulnerabilidade e de violação de direitos e na garantia da dignidade do trabalhador no trabalho. A articulação intra e intersetorial deve buscar a adoção de estratégias que viabilizem a inserção de medidas de promoção e proteção da saúde dos trabalhadores nas políticas, públicas e privadas, mediante a garantia da participação do setor saúde/saúde do trabalhador na definição das políticas setoriais e intersetoriais. A indissociabilidade entre produção, trabalho, saúde e ambiente compreende que a saúde dos trabalhadores, e da população

geral, está intimamente relacionada às formas de produção e consumo e de exploração dos recursos naturais e seus impactos no meio ambiente, nele compreendido o do trabalho. Nesta perspectiva, o princípio da precaução deve ser incorporado como norteador das ações de promoção da saúde e de ambientes e processos de trabalho saudáveis, especialmente nas questões relativas à sustentabilidade socioambiental dos processos produtivos. Isto implica na adoção do conceito de sustentabilidade socioambiental, como integrador de políticas públicas, incorporando nas políticas de desenvolvimento social e econômico o entendimento de que a qualidade de vida e a saúde envolvem o direito de trabalhar e viver em ambientes saudáveis e com dignidade, e ao mesmo tempo, evitando o aprofundamento das iniquidades e das injustiças sociais. A dignidade no trabalho refere-se à garantia da manutenção de relações éticas e de respeito nos locais de trabalho, o reconhecimento do direito dos trabalhadores à informação, à participação e à livre manifestação. Compreende também o entendimento da defesa e da promoção da qualidade de vida e da saúde como valores absolutos e universais.

9. A integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores, incluindo ações de promoção, vigilância, diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação, a partir do reconhecimento das necessidades de saúde da população. Cumpre ressaltar que esta Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora tem como componente estruturante a Vigilância em Saúde do Trabalhador, a ser desenvolvida de forma articulada com os demais componentes da Vigilância em Saúde e, especialmente, com a Atenção Primária à Saúde. A organização da atenção e o planejamento das ações de saúde do trabalhador devem contemplar as especificidades dos perfis das atividades produtivas e da população trabalhadora, considerando os problemas de saúde deles advindos, e sua distribuição nos territórios, em coerência à análise da situação de saúde dos trabalhadores.

10. Integração da Vigilância em Saúde do Trabalhador com os demais componentes da Vigilância em Saúde e com a Atenção Primária em Saúde:

- Considerando que a vigilância em saúde do trabalhador compreende um conjunto de ações e práticas que envolvem desde a vigilância sobre os agravos relacionados ao trabalho, tradicionalmente reconhecida como vigilância epidemiológica; intervenções sobre fatores de risco, ambientes e processos de trabalho, compreendendo ações de vigilância sanitária, até as ações relativas ao acompanhamento de indicadores para fins de avaliação da situação de saúde e articulação de ações de promoção da saúde e de prevenção de riscos, fica clara a existência de interfaces com os demais componentes da vigilância em saúde.

- Frequentemente os riscos advindos dos processos produtivos extrapolam os limites dos ambientes de trabalho e atingem, em maior ou menor grau, as comunidades e populações no entorno, ou até de locais mais distantes. Por outro lado, problemas de saúde, endemias e epidemias que atingem a população geral também afetam grupos de trabalhadores ou locais de trabalho específicos. Assim, pode-se observar certa superposição de ambientes, lugares e pessoas, que resultam na confluência de objetos e campos de atuação entre as vigilâncias epidemiológica, sanitária, em saúde ambiental e de saúde do trabalhador, incluindo o papel das redes, nacional e estadual, de laboratórios de saúde pública e dos setores responsáveis pelo acompanhamento e monitoramento das informações em saúde.

- O fortalecimento da capacidade de atuação e das competências técnicas e legais da vigilância em saúde do trabalhador e a integração das práticas entre as vigilâncias são, portanto, estratégicas para a obtenção de melhores resultados na proteção da saúde dos trabalhadores.

- Por outro lado, considerando a integralidade do cuidado e seu papel estruturante no processo de construção da Rede de Atenção à Saúde, cabe também à Atenção Primária à Saúde o desenvolvimento de ações de VISAT, em seu âmbito de atuação e complexidade, e conforme o perfil produtivo e da população trabalhadora em seu território. Para viabilizar essas ações é fundamental a integração das vigilâncias com a Atenção Primária à Saúde.

- A nova política nacional de atenção básica preconiza a inserção de profissionais especializados como uma possibilidade de apoio matricial a ser desenvolvido pelo NASF, conforme sua nova regulamentação, o que demanda a articulação entre as equipes técnicas envolvidas nas ações de saúde do trabalhador.

11. Análise do perfil produtivo e da situação de saúde dos trabalhadores: o conhecimento da situação de saúde dos trabalhadores depende fundamentalmente da produção e sistematização das informações existentes em diversas fontes de dados e de interesse para o desenvolvimento das políticas de saúde do trabalhador, envolvendo o conhecimento sobre o perfil das atividades produtivas, da população trabalhadora, a realidade do mundo do trabalho, e a análise do perfil de morbimortalidade dos trabalhadores e de outros indicadores sociais, nos territórios. A análise da situação de saúde dos trabalhadores visa subsidiar o planejamento e a tomada de decisão dos gestores nas diversas esferas de gestão do SUS, assim como servir aos interesses e necessidades dos trabalhadores e da população. Além disso, deve subsidiar a permanente avaliação das políticas públicas e privadas, das empresas, dos trabalhadores e seus sindicatos, contribuindo

inclusive na revisão, atualização e proposição de normas técnicas e legais. Para tal, as informações devem ser oportunas, fidedignas, inteligíveis e de fácil acesso.

12. Considerando o princípio de que a saúde do trabalhador é uma ação transversal a ser incorporada em todos os níveis de atenção e esferas de gestão do SUS, a capacidade de identificação da relação entre o trabalho e o processo saúde-doença deve ser implementada desde a atenção primária até o nível terciário, na Rede de Atenção à Saúde, incluindo as ações de Vigilância em Saúde. Ao mesmo tempo em que estes níveis de atenção se estabelecem com a lógica operacional da hierarquização e da regionalização, deve-se buscar o seu funcionamento enquanto rede solidária, resolutiva e de compartilhamento de saberes, práticas e de produção de conhecimento.

13. Ações de Saúde do Trabalhador junto à Atenção Primária em Saúde (APS):

A Atenção Primária em Saúde é ordenadora da Rede de Atenção à Saúde do SUS, conforme consta na Portaria GM/MS Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Neste sentido, as equipes da APS e de saúde do trabalhador devem atuar de forma articulada para garantir o desenvolvimento de ações no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, a prevenção de agravos relacionados ao trabalho, o diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde.

A ação da APS é desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Assim, cabe à APS considerar sempre que os territórios são espaços sócio-políticos dinâmicos, com trabalhadores residentes e não residentes, executando atividades produtivas e de trabalho em locais públicos e privados, peri e intradomiciliares.

14. Ações de Saúde do Trabalhador junto à Urgência e Emergência:

Os pontos de atenção às urgências e emergências constituem locus privilegiado para a identificação dos casos de acidentes de trabalho graves e fatais, incluindo as intoxicações exógenas, assim como para o devido encaminhamento das informações aos setores de vigilância em saúde (e vigilância em saúde do trabalhador). Dada a frequência e gravidade desses casos, que são de notificação compulsória, aumenta a importância estratégica deste nível de atenção à saúde do SUS, possibilitando, a partir da notificação, o desencadeamento de medidas de prevenção e controle nos ambientes e locais de trabalho. Desse modo, a articulação desta Política com a Política Nacional de Urgência e Emergência e com a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências, e seus desdobramentos nos estados e municípios, são estratégicos para a garantia da integralidade da atenção à saúde do trabalhador.

15. Ações de Saúde do Trabalhador junto à Atenção Especializada (Ambulatorial e Hospitalar):

Considerando a lógica operacional da hierarquização e da regionalização das ações e serviços de saúde, os pontos de atenção especializada são essenciais para a garantia da integralidade do cuidado aos trabalhadores portadores de agravos à saúde relacionados ao trabalho. Assim, diagnóstico, tratamento e reabilitação desses agravos devem ser viabilizados na rede, conforme o perfil epidemiológico e as necessidades de saúde do trabalhador em cada região.

16. Fortalecimento e ampliação da articulação intersetorial:

- A atuação intersetorial é pressuposto constituinte da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e condição para a obtenção de impactos positivos na intervenção nos determinantes das condições de saúde e trabalho.

- Deve ser entendida como a "... articulação entre sujeitos de setores sociais diversos, saberes, poderes e vontades, para enfrentar problemas complexos. É uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas que possibilite a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população". (Rede Unida)

- Sua prática possibilita o estabelecimento de estratégias de planejamento conjunto e articulado entre as políticas públicas, de modo a garantir a transversalidade das questões de saúde do trabalhador, de forma complementar, cooperativa e solidária.

- A intersetorialidade permite o estabelecimento de espaços compartilhados entre instituições e setores de governos e entre diferentes esferas de governo - federal, estadual e municipal, que atuam na produção da saúde, na formulação,

implementação e acompanhamento de políticas, públicas e privadas, que possam ter impacto sobre a saúde da população. Nos estados e municípios envolve órgãos dos governos locais, estaduais e municipais, estruturas derivadas dos ministérios que atuam nas regiões, tais como Superintendências Regionais do Trabalho e Emprego (SRTE), Superintendências Regionais do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) e unidades descentralizadas da Fundacentro, Ministério Público, universidades, centros de pesquisas, entre outros.

17. Estímulo à participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social:

- O fortalecimento e a ampliação da participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, na formulação, no planejamento, na gestão e no desenvolvimento das políticas e das ações em saúde do trabalhador, devem considerar as configurações do mundo do trabalho, as mudanças nos processos produtivos e na estrutura sindical, e o crescimento das relações informais e precárias de trabalho.

- Isso requer a busca de alternativas para a ampliação da representação dos trabalhadores nas instâncias de participação e controle social. Dessa forma, além dos trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho e suas organizações sindicais, sugerem-se esforços que equacionem a participação de outras representações sociais que congreguem os trabalhadores de setores da economia informal, de produção agrícola, pescadores, comunidades tradicionais, trabalhadores rurais sem terra, quilombolas, trabalhadores autônomos e outros; dos empregadores; de grupos sociais e movimentos ambientalistas; com vistas à identificação de soluções e compromissos que favoreçam a promoção e a proteção da saúde de todos os trabalhadores.

- A participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social em saúde do trabalhador deve ser concebida como parte do controle social do SUS e deve estar em consonância com os princípios e diretrizes da Política de Gestão Estratégica e Participativa do SUS.

18. Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos

- A capacitação dos profissionais para o desenvolvimento das ações em saúde do trabalhador tem importância estratégica na operacionalização desta Política. Esta qualificação deverá considerar a necessidade de harmonização dos conceitos e valores, e de mudanças nos processos de trabalho e nas práticas de saúde das equipes multiprofissionais nas três esferas de gestão do SUS, de modo a operar efetivamente como redes de atenção solidárias e compartilhadas e na perspectiva de viabilização de apoio institucional e matricial.

- Esse processo - abrangendo as esferas cognitivas e das competências, habilidades e atitudes - deverá proporcionar a preparação de profissionais, em quantidade suficiente, envolvendo a qualificação nas dimensões da gestão, planejamento e acompanhamento, da vigilância de agravos e dos ambientes e processos de trabalho, da assistência (diagnóstico, tratamento e reabilitação), da produção de informações e comunicação em saúde e da organização dos serviços. Entre as habilidades a serem incentivadas, figura a de permanente diálogo com as demais instituições responsáveis pelas ações de saúde dos trabalhadores, os trabalhadores e os empregadores, para que se efetive o controle social.

19. Garantia do financiamento das ações de saúde do trabalhador

- O financiamento das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de governo, conforme o disposto na Constituição Federal e nas Leis nº 8.080, de 1990, e nº 8.142, de 1990. Por isso, o desenvolvimento da PNST no SUS deve ser garantido através das fontes de financiamento do próprio sistema de saúde, devendo ser contemplada de modo adequado e permanente nos orçamentos de saúde da União, Estados, Municípios e DF, além de outras fontes.

- As ações de saúde do trabalhador, a serem desenvolvidas conforme esta Política e as políticas estadual e municipal de saúde, deverão contar com a respectiva previsão orçamentária, definida nos planos e nas programações anuais de saúde, nas três esferas de gestão do SUS.

- Para a garantia do financiamento, as ações de promoção e vigilância, de atenção à saúde do trabalhador, de educação permanente, entre outras, devem ser incluídas nos planos de saúde com especificação das respectivas necessidades orçamentárias e financeiras em cada um dos blocos de financiamento do SUS, conforme legislação específica, uma vez que as ações de saúde do trabalhador devem ser executadas por todos os pontos da rede, conforme a complexidade e densidade tecnológica de cada uma delas.

ANEXO XVI

Regulamento da Política Nacional para a População em Situação de Rua, instituída pelo Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009 (Origem: PRT MS/GM 122/2012)

Art. 1º Fica aprovado o regulamento da Política Nacional para a População em Situação de Rua, instituída pelo Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009.

CAPÍTULO I

DAS DIRETRIZES DE ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DAS EQUIPES DE CONSULTÓRIO NA RUA

Art. 2º Ficam definidas as diretrizes de organização e funcionamento das equipes dos Consultórios na Rua (eCR). (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 1º)

Parágrafo Único. As eCR integram o componente atenção básica da Rede de Atenção Psicossocial e desenvolvem ações de Atenção Básica, devendo seguir os fundamentos e as diretrizes definidos na Política Nacional de Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 3º As eCR são multiprofissionais e lidam com os diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 2º)

§ 1º As atividades das eCR incluirão a busca ativa e o cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 2º, § 1º)

§ 2º As eCR desempenharão suas atividades in loco, de forma itinerante, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e, quando necessário, também com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade do usuário. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 2º, § 2º)

§ 3º As eCR utilizarão, quando necessário, as instalações das UBS do território. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 2º, § 3º)

Art. 4º As equipes dos Consultórios na Rua possuem as seguintes modalidades: (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 3º) (com redação dada pela PRT MS/GM 1029/2014)

I - Modalidade I: equipe formada, minimamente, por 4 (quatro) profissionais, dentre os quais 2 (dois) destes, obrigatoriamente, deverão estar entre aqueles descritos na alínea "a" abaixo e os demais dentre aqueles relacionados nas alíneas "a" e "b" a seguir: (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 3º, I)

a) enfermeiro, psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 3º, I, a)

b) agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião dentista, profissional/professor de educação física e profissional com formação em arte e educação. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 3º, I, b)

II - Modalidade II: equipe formada, minimamente, por 6 (seis) profissionais, dentre os quais 3 (três) destes, obrigatoriamente, deverão estar aqueles descritos na alínea "a" abaixo e os demais dentre aqueles relacionados nas alíneas "a" e "b" a seguir: (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 3º, II)

a) enfermeiro, psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 3º, II, a)

b) agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião dentista, profissional/professor de educação física e profissional com formação em arte e educação. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 3º, II, b)

III - Modalidade III: equipe da Modalidade II acrescida de um profissional médico. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 3º, III)

Art. 5º As eCR poderão ser compostas pelos seguintes profissionais de saúde: (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º)

I - enfermeiro; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, I)

II - psicólogo; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, II)

III - assistente social; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, III)

IV - terapeuta ocupacional; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, IV)

V - médico; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, V)

VI - agente social; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, VI)

VII - técnico ou auxiliar de enfermagem; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, VII)

VIII - técnico em saúde bucal; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, VIII)

IX - cirurgião dentista; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, IX) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 1029/2014)

X - profissional/professor de educação física; e (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, X) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 1029/2014)

XI - profissional com formação em arte e educação. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, XI) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 1029/2014)

§ 1º Na composição de cada eCR deve haver, preferencialmente, o máximo de 2 (dois) profissionais da mesma profissão de saúde, seja de nível médio ou superior. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 1º)

§ 2º Todas as modalidades de eCR poderão agregar Agentes Comunitários de Saúde, complementando suas ações. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 2º)

§ 3º As equipes de saúde da família que atendam pessoas em situação de rua poderão ter sua habilitação modificada para eCR, respeitados os parâmetros de adstrição de clientela e de composição profissional previstos para cada modalidade. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 3º)

§ 4º No caso do § 3º, as eCR poderão ser contabilizadas no numero de equipes matriciadas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 4º)

§ 5º O agente social, quando houver, será considerado equivalente ao profissional de nível médio. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 5º)

§ 6º Entende-se por agente social o profissional que desempenha atividades que visam garantir a atenção, a defesa e a proteção às pessoas em situação de risco pessoal e social, assim como aproximar as equipes dos valores, modos de vida e cultura das pessoas em situação de rua. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 6º)

§ 7º Os agentes sociais exercerão as seguintes atribuições: (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 7º)

I - trabalhar junto a usuários de álcool, crack e outras drogas, agregando conhecimentos básicos sobre Redução de Danos, uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 7º, I)

II - realizar atividades educativas e culturais (educativas e lúdicas); (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 7º, II)

III - dispensação de insumos de proteção à saúde; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 7º, III)

IV - encaminhar e mediar o processo de encaminhamento para Rede de Saúde e intersetorial; e (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 7º, IV)

V - acompanhar o cuidado das pessoas em situação de rua. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 7º, V)

§ 8º Os agentes sociais terão, preferencialmente, experiência prévia em atenção a pessoas em situação de rua e/ou trajetória de vida em situação de rua. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 8º)

§ 9º O técnico em saúde bucal da eCR será supervisionado por um cirurgião-dentista vinculado a uma Equipe de Saúde da Família (ESF) ou a outra equipe de atenção básica da área correspondente à área de atuação da eCR ou da UBS mais próxima da área de atuação, conforme definição do gestor local. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 9º)

§ 10. A equipe de que trata o §9º também será responsável pelo atendimento da população e pela programação de atividades em conjunto com o técnico em saúde bucal da eCR. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 10)

§ 11. A supervisão do cirurgião-dentista, de que trata o § 9º, direta ou indireta, será obrigatória em todas as atividades realizadas pelo técnico em saúde bucal. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 11)

§ 12. As equipes dos Consultórios na Rua, Modalidade III ou Modalidade II, que tenham perdido 1 (um) ou mais profissionais por um período superior a 60 (sessenta) dias, serão consideradas, temporariamente, para fins de repasse financeiro, como Modalidade II ou Modalidade I, de acordo com os seguintes critérios a serem observados no SCNES: (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 3º, § 12) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 1922/2013)

I - a soma das cargas horárias semanais dos membros da eCR deverá acumular, no mínimo, 120 (cento e vinte) horas semanais para ser considerada temporariamente como Modalidade I, sendo a mesma composta por 2 (dois) profissionais de nível superior e 2 (dois) profissionais de nível médio; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 3º, § 12, a)

II - a soma das cargas horárias semanais dos membros da eCR deverá acumular, no mínimo, 180 (cento e oitenta) horas semanais para ser considerada temporariamente como Modalidade II, sendo a mesma composta por 3 (três) profissionais de nível superior e 3 (três) profissionais de nível médio. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 3º, § 12, b)

Parágrafo Único. O horário de funcionamento deverá se adequar às demandas das pessoas em situação de rua, podendo ocorrer em período diurno e/ou noturno e em qualquer dia da semana. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 6º As eCR cumprirão carga horária mínima de 30 (trinta) horas semanais, ressalvada a possibilidade das equipes enquadradas na Modalidade III optarem por profissional médico com carga horária semanal de 30 (trinta) horas ou por 2 (dois) médicos com carga horária de 20 (vinte) horas semanais. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 5º) (com redação dada pela PRT MS/GM 1922/2013)

Art. 7º Para cálculo do número máximo de eCR financiados pelo Ministério da Saúde por Município, serão tomados como base os dados dos censos populacionais relacionados à população em situação de rua, realizados por órgãos oficiais e reconhecidos pelo Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 6º)

§ 1º O número de eCR por município será publicado em portaria específica da SAS/MS, de acordo com os censos populacionais vigentes relacionados à população em situação de rua. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 6º, § 1º)

§ 2º O parâmetro adotado será de uma eCR a cada 80 (oitenta) a 1.000 (um mil) pessoas em situação de rua, conforme faixas estabelecidas no Anexo 1 do Anexo XVI. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 6º, § 2º)

Art. 8º As eCR terão acesso a processos de educação permanente, contemplando-se, dentre outros, a abordagem das diferentes necessidades de saúde da população em situação de rua, bem como o desenvolvimento de competências para a prática da redução de danos. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 7º)

Art. 9º O gestor municipal de saúde deverá disponibilizar veículo para deslocamento da eCR, para viabilizar o cuidado presencial para a população de rua, consoante as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 9º)

Parágrafo Único. O veículo destinado ao deslocamento da eCR deverá manter a identificação visual e o grafismo da eCR, de acordo com o padrão pactuado nacionalmente. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 9º, Parágrafo Único)

Art. 10. Para implantação, credenciamento e liberação do financiamento das eCR, os municípios e o Distrito Federal seguirão os processos descritos na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) para implantação das Equipes de Saúde da Família. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 10)

Art. 11. O Ministério da Saúde publicará manual e documentos de apoio com vistas a auxiliar a implementação das eCR, disponibilizando-os no endereço eletrônico dab.saude.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 11)

CAPÍTULO II

DOS CRITÉRIOS DE CÁLCULO DO NÚMERO MÁXIMO DE EQUIPES DE CONSULTÓRIO NA RUA (ECR) POR MUNICÍPIO

Art. 12. Este Capítulo define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de eCR por município. (Origem: PRT MS/GM 123/2012, Art. 1º)

Art. 13. Para o cálculo do número máximo de eCR por município serão considerados os seguintes dados: (Origem: PRT MS/GM 123/2012, Art. 2º)

I - para municípios com população de 100.000 (cem mil) a 300.000 (trezentos mil) habitantes, serão utilizados os dados dos censos populacionais relacionados à população em situação de rua, realizados por órgãos oficiais e reconhecidos pelo DAB/SAS/MS; e (Origem: PRT MS/GM 123/2012, Art. 2º, I)

II - para os municípios com população superior 300.000 (trezentos mil) habitantes, serão utilizados os dados extraídos da Pesquisa do Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário, de 2008, e da Pesquisa sobre Criança e Adolescente em situação de rua, levantados pela Secretaria de Direitos Humanos, em 2011. (Origem: PRT MS/GM 123/2012, Art. 2º, II)

Parágrafo Único. Os municípios com população inferior a 100.000 (cem mil) habitantes poderão ser contemplados com eCR, desde que comprovada a existência de população em situação de rua nos parâmetros populacionais previstos neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 123/2012, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 14. Os 92 (noventa e dois) Consultórios de Rua existentes no País quando da publicação da Portaria nº 123/GM/MS, de 25 de janeiro de 2012, não serão considerados para efeito da contagem do número máximo de eCR por município. (Origem: PRT MS/GM 123/2012, Art. 3º)

Parágrafo Único. Nos municípios onde houver Consultório de Rua, ele será somado ao número máximo de eCR obtido pelo cálculo definido neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 123/2012, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 15. Observados os critérios de cálculo estabelecidos neste Capítulo, a relação completa do número máximo de eCR admitido por município será publicada no endereço eletrônico do DAB/SAS/MS, em www.saude.gov.br/dab. (Origem: PRT MS/GM 123/2012, Art. 4º)

CAPÍTULO III

DO COMITÊ TÉCNICO DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Art. 16. Fica instituído, no âmbito do Ministério da Saúde, o Comitê Técnico de Saúde da População em Situação de Rua, com a seguinte composição de representantes titulares: (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º)

I - representantes de órgãos e entidades públicas: (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º, I)

a) 1 (um) representante da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP); (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º, I, a)

b) 3 (três) representantes da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS); (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º, I, b)

c) 1 (um) representante da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES); (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º, I, c)

d) 2 (dois) representantes da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS); (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º, I, d)

e) 1 (um) representante da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE); e (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º, I, e)

f) 1 (um) representante da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º, I, f)

II - representantes de entidades da Sociedade Civil Organizada: (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º, II)

a) **a)** 3 (três) representantes do Movimento Nacional da População de Rua; (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º, II, a)

b) 2 (dois) representantes da Organização Médicos Sem Fronteiras, no Brasil; (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º, II, b)

c) 2 (dois) representantes da Pastoral Nacional da População de Rua; (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º, II, c)

d) 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); e (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º, II, d)

e) 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º, II, e)

Art. 17. Constituem atribuições do Comitê Técnico de Saúde: (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 2º)

I - propor ações que visem garantir o acesso à atenção à saúde, pela população em situação de rua, aos serviços do SUS; (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 2º, I)

II - apresentar subsídios técnicos e políticos voltados à atenção à saúde da população em situação de rua no processo de elaboração, implementação e acompanhamento do Plano Nacional de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 2º, II)

III - elaborar e pactuar propostas de intervenção conjunta nas diversas instâncias e órgãos do SUS; (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 2º, III)

IV - participar de iniciativas intersetoriais relacionadas com a saúde da população em situação de rua; e (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 2º, IV)

V - colaborar com a elaboração, o acompanhamento e a avaliação de ações programáticas do Ministério da Saúde no que se refere à saúde da população em situação de rua. (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 2º, V)

§ 1º A coordenação do Comitê Técnico de Saúde de que trata este Capítulo será realizada pelo representante da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde e, na sua ausência ou impedimentos eventuais, por seu suplente. (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 2º, § 1º)

§ 2º O Comitê poderá convidar entidades ou pessoas do setor público e privado, que atuem profissionalmente em atividades relacionadas ao tema, sempre que entenda necessária a sua colaboração para o pleno alcance de seus objetivos. (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 2º, § 2º)

§ 3º A designação dos componentes do Comitê, titulares e respectivos suplentes, será feita mediante ato do titular da SGE/MS, após a indicação dos órgãos e entidades. (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 2º, § 3º)

Art. 18. As reuniões ordinárias ocorrerão com frequência mínima de 3 (três) vezes ao ano. (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 3º)

Art. 19. Os componentes do Comitê Técnico de Saúde de que trata este Capítulo não receberão nenhuma remuneração para o seu exercício, sendo considerado trabalho de relevante interesse social. (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 4º)

Art. 20. O Comitê definirá, em sua primeira reunião, o cronograma de trabalho e sua agenda de atividades. (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 5º)

ANEXO 1 DO ANEXO XVI

Número de Consultórios de Rua por Cidade (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Anexo 1)

Número de Consultórios de Rua por Cidade

Região	Estado	Município	nº CR
CENTRO OESTE	DF	Brasília	3
	GO	Anápolis	1
		Aparecida de Goiânia	1
		Goiânia	4
	MG	Cuiabá	1
	MT	Várzea Grande	1
	MS	Corumbá	1
		Ponta Porã	1
NORTE	AC	Rio Branco	1
	AM	Manacapuru	1
		Manaus	1
	AP	Macapá	1
	PA	Belém	1
		Santarém	1
RO	Porto Velho	1	
NORDESTE	AL	Maceió	4
	BA	Salvador	4
	CE	Fortaleza	3
	MA	Imperatriz	1
	PB	Campina Grande	1
		João Pessoa	2
	PE	Camaragibe	1
		Olinda	1
		Paulista	1
	Recife	1	
PI	Teresina	1	
RN	Natal	1	
SUDESTE	ES	Serra	1
		Vila Velha	1
		Vitória	1
	MG	Barbacena	1
		Belo Horizonte	2
		Janaúba	1
		Juiz de Fora	1
		Montes Claros	1
		Uberaba	1
		Uberlândia	1
	RJ	Duque de Caxias	1
Itaboraí		1	

		Macaé	1
		Niterói	1
		Nova Iguaçu	1
		Resende	1
		Rio de Janeiro	2
	SP	Campinas	2
		Diadema	2
		Embu	1
		Guarulhos	2
		Jundiaí	1
		Osasco	1
		Ribeirão Preto	1
		Santos	1
		São Bernardo do Campo	1
		São José do Rio Preto	1
		São José dos Campos	1
		São Paulo	2
		Sorocaba	1
		Suzano	1
SUL	PR	Cascavel	1
		Curitiba	1
		Maringá	1
	RS	Caxias do Sul	1
		Pelotas	1
		Porto Alegre	2
		Uruguaiana	1
		Viamão	1
	SC	Blumenau	1
		Criciúma	1
		Florianópolis	1
		Joinville	1
	TOTAL		

ANEXO 2 DO ANEXO XVI

Número de equipes em função da população em situação de rua (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Anexo 2)

Número de equipes em função da população em situação de rua

FAIXA	POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA	Nº DE EQUIPES
1	80 - 1000	1
2	1001 - 2000	2
3	2001 - 3000	3
4	3001- 4000	4
5	4001- 5000	5
6	5001- 6000	6
7	6001- 7000	7
8	7001- 8000	8
9	8001- 9000	9

10	9001- 10000	10
11	10001 -11000	11
12	11001 -12000	12
13	12001 - 13000	13
14	13001 - 14000	14
15	14001- 15000	15
16	15001 - 16000	16

ANEXO XVII

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (Origem: PRT MS/GM 1082/2014)

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

(Origem: PRT MS/GM 1082/2014, CAPÍTULO I)

Art. 1º Este Anexo define as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), incluindo-se o cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado; e estabelece novos critérios e fluxos para adesão e operacionalização da atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade, em unidades de internação, de internação provisória e de semiliberdade. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 1º)

Art. 2º Para fins do disposto neste Anexo, consideram-se as seguintes definições: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 2º)

I - adolescente em conflito com a lei: aquele que cometeu algum ato infracional e que cumpre medida socioeducativa em meio aberto ou fechado, em situação de privação de liberdade, conforme definido na Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente); (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 2º, I)

II - medida socioeducativa em meio aberto: aquela cumprida na forma de prestação de serviço à comunidade e de liberdade assistida, conforme definido no Estatuto da Criança e do Adolescente; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 2º, II)

III - privação de liberdade: cumprimento de medida socioeducativa de internação, de internação provisória e de semiliberdade, conforme definido no Estatuto da Criança e do Adolescente; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 2º, III)

IV - Plano Operativo: documento que tem por objetivo estabelecer diretrizes para a implantação e implementação de ações de saúde que incorporem os componentes da Atenção Básica, Média e Alta Complexidade com vistas a promover, proteger e recuperar a saúde da população adolescente em regime de internação, internação provisória e semiliberdade, descrevendo-se as atribuições e compromissos entre as esferas estadual e municipal de saúde e da gestão do sistema socioeducativo estadual na provisão dos cuidados em saúde dos adolescentes; e (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 2º, IV)

V - Plano de Ação Anual: documento elaborado anualmente que contém os compromissos firmados anualmente entre gestores da saúde, do socioeducativo e equipe de referência em saúde para atenção aos adolescentes em regime de internação, internação provisória e semiliberdade. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 2º, V)

Art. 3º A execução de medidas socioeducativas privativas de liberdade é de responsabilidade da Secretaria Estadual gestora do Sistema Socioeducativo, cabendo às Secretarias Municipais de Assistência Social as medidas em meio aberto. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 3º)

CAPÍTULO II

DA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI

(Origem: PRT MS/GM 1082/2014, CAPÍTULO II)

Art. 4º Ao adolescente em conflito com a lei, em cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado, será garantida a atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), no que diz respeito à promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, nas três esferas de gestão. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 4º)

Seção I

Dos Princípios

(Origem: PRT MS/GM 1082/2014, CAPÍTULO II, Seção I)

Art. 5º A organização das ações de atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei será realizada de acordo com os seguintes princípios: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 5º)

I - respeito aos direitos humanos e à integridade física e mental dos adolescentes; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 5º, I)

II - enfrentamento ao estigma e preconceito; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 5º, II)

III - respeito à condição peculiar dos adolescentes como pessoas em desenvolvimento; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 5º, III)

IV - garantia do acesso universal e integralidade na Rede de Atenção à Saúde, observando-se o princípio da incompletude institucional; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 5º, IV)

V - reafirmação da responsabilidade sanitária da gestão de saúde nos municípios que possuem unidades socioeducativas em seu território; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 5º, V)

VI - atenção humanizada e de qualidade a esta população; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 5º, VI)

VII - permeabilidade das instituições socioeducativas à comunidade e ao controle social; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 5º, VIII)

VIII - organização da atenção à saúde, com definição das ações e serviços de saúde a partir das necessidades da população adolescente em conflito com a lei. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 5º, VII)

Seção II

Dos Objetivos

(Origem: PRT MS/GM 1082/2014, CAPÍTULO II, Seção II)

Art. 6º A PNAISARI tem como objetivo geral garantir e ampliar o acesso aos cuidados em saúde dos adolescentes em conflito com a lei em cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto, fechado e semiliberdade. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 6º)

Art. 7º São objetivos específicos da PNAISARI: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 7º)

I - ampliar ações e serviços de saúde para adolescentes em conflito com a lei, em especial para os privados de liberdade; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 7º, I)

II - estimular ações intersetoriais para a responsabilização conjunta das equipes de saúde e das equipes socioeducativas para o cuidado dos adolescentes em conflito com a lei; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 7º, II)

III - incentivar a articulação dos Projetos Terapêuticos Singulares elaborados pelas equipes de saúde aos Planos Individuais de Atendimento (PIA), previstos no Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase), de modo a atender as complexas necessidades desta população; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 7º, III)

IV - promover o acesso aos cuidados em saúde a essa população, sem quaisquer tipos de constrangimentos no acesso ao tratamento; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 7º, IV)

V - garantir ações da atenção psicossocial para adolescentes em conflito com a lei; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 7º, V)

VI - priorizar ações de promoção da saúde e redução de danos provocados pelo consumo de álcool e outras drogas; e (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 7º, VI)

VII - promover a reinserção social dos adolescentes e, em especial, dos adolescentes com transtornos mentais e com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 7º, VII)

Seção III

Da Organização

(Origem: PRT MS/GM 1082/2014, CAPÍTULO II, Seção III)

Art. 8º Na organização da atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei serão contemplados os seguintes eixos: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 8º)

I - promoção da saúde e prevenção de agravos; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 8º, I)

II - ações de assistência e reabilitação da saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 8º, II)

III - educação permanente. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 8º, III)

Art. 9º Na organização da atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei serão contemplados: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 9º)

I - o acompanhamento do seu crescimento e desenvolvimento físico e psicossocial; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 9º, I)

II - a saúde sexual e a saúde reprodutiva; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 9º, II)

III - a saúde bucal; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 9º, III)

IV - a saúde mental; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 9º, IV)

V - a prevenção ao uso de álcool e outras drogas; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 9º, V)

VI - a prevenção e controle de agravos; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 9º, VI)

VII - a educação em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 9º, VII)

VIII - os direitos humanos, a promoção da cultura de paz e a prevenção de violências e assistência às vítimas. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 9º, VIII)

Art. 10. A atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei será organizada e estruturada na Rede de Atenção à Saúde, garantindo-se: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10)

I - na Atenção Básica: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, I)

a) as principais ações relacionadas à promoção da saúde, ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento físico e psicossocial, à prevenção e ao controle de agravos; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, I, a)

b) as ações relativas à saúde sexual e saúde reprodutiva, com foco na ampla garantia de direitos; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, I, b)

c) o acompanhamento do pré-natal e a vinculação ao serviço para o parto das adolescentes gestantes, com atenção especial às peculiaridades advindas da situação de privação de liberdade, seguindo-se as diretrizes da Rede Cegonha; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, I, c)

d) o aleitamento materno junto às adolescentes, sobretudo às adolescentes puérperas e mães em situação de privação de liberdade, seguindo-se as diretrizes da Rede Cegonha; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, I, d)

e) os cuidados de saúde bucal; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, I, e)

f) o desenvolvimento na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de 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 álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, I, f)

g) a articulação com a RAPS, inclusive por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), para possibilitar avaliações psicossociais que visem à identificação de situações de sofrimento psíquico, transtornos mentais e problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, para a realização de intervenções terapêuticas; e (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, I, g)

h) o desenvolvimento dos trabalhos com os determinantes sociais de saúde relacionados às vulnerabilidades pessoais e sociais desta população, além de outras ações que efetivamente sejam promotoras da saúde integral dos adolescentes em conflito com a lei; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, I, h)

II - na Atenção Especializada e Atenção às Urgências e Emergências: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, II)

a) o acesso à assistência de média e alta complexidade na rede de atenção do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, II, a)

b) a implementação de estratégias para promoção de cuidados adequadas nos componentes ambulatorial especializado e hospitalar, considerando-se as especificidades de abordagem desta clientela e os agravos decorrentes da institucionalização; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, II, b)

c) o acesso aos cuidados em saúde nos pontos de atenção da Rede de urgência e Emergência, de modo a preservar suas especificidades; e (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, II, c)

d) acesso a Serviço Hospitalar de Referência, em caso de necessidade, para atenção aos adolescentes com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, com o oferecimento de suporte hospitalar por meio de internações de curta duração, respeitando-se as determinações da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, e os acolhendo em regime de curta permanência. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, II, d)

§ 1º Todos os pontos da rede de atenção à saúde devem garantir aos adolescentes em conflito com a Lei, segundo suas necessidades, o acesso aos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico e de assistência farmacêutica. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, § 1º)

§ 2º A Atenção Básica tem como responsabilidade sanitária o cuidado dos adolescentes em conflito com a Lei, em especial os que se encontram em situação de privação de liberdade, e devem realizar essa atenção com base territorial. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, § 2º)

CAPÍTULO

DA ATENÇÃO À SAÚDE DE ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE PRIVAÇÃO DE LIBERDADE **III**
(Origem: PRT MS/GM 1082/2014, CAPÍTULO III)

Art. 11. A atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade, ou seja, em regime de internação, internação provisória e semiliberdade, em função de suas características peculiares de maior vulnerabilidade, seguirá critérios e normas específicos constantes deste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 11)

Art. 12. A atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade será realizada, prioritariamente, na Atenção Básica, responsável pela coordenação do cuidado dos adolescentes na Rede de Atenção à Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 12)

§ 1º Todas as unidades socioeducativas terão como referência uma equipe de saúde da Atenção Básica, conforme atribuições constantes do Anexo 1 do Anexo XVII. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 12, § 1º)

§ 2º Nas situações em que houver equipe de saúde dentro da unidade socioeducativa, a equipe de saúde da Atenção Básica de referência articular-se-á com a mesma para, de modo complementar, inserir os adolescentes na Rede de Atenção à Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 12, § 2º)

§ 3º Toda equipe de saúde existente dentro de unidade socioeducativa será cadastrada no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 12, § 3º)

Art. 13. Para a atenção em saúde mental de adolescentes em situação de privação de liberdade, a equipe de saúde da Atenção Básica de referência para esta população poderá ser acrescida de: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 13)

I - 1 (um) profissional de saúde mental, para atenção à unidade socioeducativa com população até 40 (quarenta) adolescentes; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 13, I)

II - 2 (dois) profissionais de saúde mental, para atenção à unidade ou complexo socioeducativo com população entre 41 (quarenta e um) e 90 (noventa) adolescentes; e (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 13, II)

III - 3 (três) profissionais de saúde mental, para atenção à unidade ou complexo socioeducativo com população, excepcionalmente, acima de 90 (noventa) adolescentes. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 13, III)

§ 1º Para fins do disposto neste artigo, compreende-se como profissionais de saúde mental médico psiquiatra, psicólogo, assistente social, enfermeiro ou terapeuta ocupacional, sendo necessário que os três últimos tenham especialização em saúde mental. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 13, § 1º)

§ 2º As equipes de Atenção Básica, sempre que possível, serão multiprofissionais, compondo-se com pelo menos 1 (um) psicólogo ou médico psiquiatra em cada equipe de saúde da Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 13, § 2º)

§ 3º Os profissionais de saúde mental que compuserem as equipes de saúde da Atenção Básica responsáveis pelas ações de saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade deverão ser cadastrados no SCNES da equipe de saúde da Atenção Básica de referência, com possibilidade de serem vinculados ao NASF. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 13, § 3º)

Seção

Das Atribuições da União, do Distrito Federal, dos Estados e dos Municípios (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, CAPÍTULO III, Seção I)

Art. 14. A implementação da atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade ocorrerá com a participação conjunta da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios onde se localizar a unidade socioeducativa. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 14)

Parágrafo Único. Os entes federativos mencionados no "caput" incluirão a atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade nos seus respectivos planejamentos de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 14, Parágrafo Único)

Art. 15. A Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios onde se localizarem as unidades socioeducativas, em conjunto e em articulação com a Secretaria Estadual gestora do Sistema Socioeducativo, organizarão o provimento de ações contínuas para a atenção à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade na Rede de Atenção existente e conforme diretrizes contidas no Capítulo V da Lei nº 12.594, de 18 de janeiro de 2012, que institui o Sinase. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 15)

Art. 16. Compete à União, por intermédio do Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 16)

I - coordenar e apoiar a implementação da PNAISARI; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 16, I)

II - participar do financiamento tripartite para a atenção integral à saúde da população adolescente em situação de privação de liberdade; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 16, II)

III - prestar assessoria técnica aos estados, Distrito Federal e municípios no processo de discussão e implementação dos Planos Operativos e Planos de Ação, conforme Anexos 2 e 3 do Anexo XVII ; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 16, III)

IV - monitorar, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas, tendo como base os Planos Operativos e Planos de Ação, conforme Anexos 2 e 3 do Anexo XVII ; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 16, IV)

V - elaborar e disponibilizar diretrizes assistenciais a serem implementadas pelas unidades do sistema socioeducativo e pelos serviços referenciados vinculados ao SUS; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 16, V)

VI - padronizar as normas de funcionamento dos estabelecimentos de saúde nas unidades de internação e internação provisória do sistema socioeducativo; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 16, VI)

VII - apoiar tecnicamente o Ministério dos Direitos Humanos no planejamento e implementação das atividades relativas à criação ou melhoria da infraestrutura dos estabelecimentos de saúde das unidades de internação, compreendendo-se instalações físicas e equipamentos; e (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 16, VII)

VIII - elaborar conteúdos mínimos de capacitação dos profissionais das equipes de saúde das unidades de internação e internação provisória, das redes de saúde e intersetoriais no âmbito da educação permanente a ser disponibilizada pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 16, VIII)

Art. 17. Compete aos Estados, por intermédio das respectivas Secretarias de Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 17)

I - apoiar os municípios na implementação da PNAISARI; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 17, I)

II - instituir Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI), em articulação com a Secretaria de Saúde Municipal e a Secretaria gestora do Sistema Socioeducativo, para a implementação e acompanhamento da PNAISARI; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 17, II)

III - apoiar e participar da elaboração e execução dos Planos Operativos e Planos de Ação Municipais, conforme Anexos 2 e 3 do Anexo XVII , em parceria com a Secretaria de Saúde Municipal e a Secretaria gestora do Sistema Socioeducativo, em consonância com o Plano Estadual de Atendimento Socioeducativo; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 17, III)

IV - inserir no seu planejamento anual e no Plano Estadual de Saúde as ações previstas no Plano de Ação de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em situação de Privação de Liberdade; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 17, IV)

V - apoiar e incentivar a inserção da população adolescente em conflito com a lei e a privada de liberdade nos programas e políticas da saúde promovidas pelo Estado e municípios; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 17, V)

VI - apoiar tecnicamente o desenvolvimento das ações previstas no Plano de Ação Anual dos Municípios; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 17, VI)

VII - participar do financiamento tripartite das ações e serviços previstos neste Anexo; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 17, VII)

VIII - participar da organização da referência e contrarreferência para a prestação da assistência de média e alta complexidade em parceria com a gestão municipal de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 17, VIII)

IX - capacitar as equipes de saúde das unidades de internação, internação provisória e semiliberdade, conforme pactuação tripartite; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 17, IX)

X - prestar assessoria técnica aos Municípios no processo de discussão e implantação dos Planos Operativos e Planos de Ação Anuais; e (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 17, X)

XI - monitorar e avaliar a implementação das ações constantes no Plano de Ação Anual em conjunto com os Municípios. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 17, XI)

Art. 18. Compete aos Municípios, por intermédio das respectivas Secretarias de Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 18)

I - instituir Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI), em articulação com a Secretaria de Saúde Estadual e a Secretaria gestora do Sistema Socioeducativo, para a implementação e acompanhamento da PNAISARI; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 18, I)

II - elaborar e executar o Plano Operativo e o Plano de Ação Anual, conforme Anexos 2 e 3 do Anexo XVII, em parceria com a Secretaria de Saúde Estadual e a Secretaria gestora do Sistema Socioeducativo; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 18, II)

III - inserir no seu planejamento anual e no Plano Municipal de Saúde as ações previstas no Plano de Ação de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em situação de Privação de Liberdade; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 18, III)

IV - participar do financiamento tripartite das ações e serviços previstos neste Anexo; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 18, IV)

V - inserir a população adolescente em conflito com a lei nos programas e políticas da saúde promovidas pelo município; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 18, V)

VI - garantir o abastecimento de medicamento e insumos de acordo com a com as pactuações na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e e Comissão Intergestores Bipartite (CIB); (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 18, VI)

VII - capacitar as equipes de saúde das unidades de internação, internação provisória e semiliberdade, conforme pactuação tripartite; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 18, VII)

VIII - monitorar, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas, tendo como base o Plano Operativo e o Plano de Ação Anual; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 18, VIII)

IX - participar da elaboração de diretrizes assistenciais, com descrição das ações, serviços e procedimentos a serem realizados pelas unidades próprias de medidas socioeducativas e pelos serviços referenciados vinculados ao SUS; e (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 18, IX)

X - inserir os adolescentes no processo de Cadastramento dos Usuários do SUS do município. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 18, X)

Art. 19. Ao Distrito Federal, por intermédio de sua Secretaria de Saúde, competem os direitos e obrigações reservados às Secretarias de Saúde dos Estados e Municípios. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 19)

Art. 20. O Plano Operativo integra e é parte complementar dos Planos de Atendimento Socioeducativo, previstos na Lei nº 12.594, de 18 de janeiro de 2012, e, portanto, deve estar de acordo com as proposições neles inscritas. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 20)

Parágrafo Único. O Plano Operativo de que trata o "caput" tem prazo de validade de 4 (quatro) anos, e deve, ao final deste período, ser reapresentado no Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente e à Coordenação-Geral de Saúde de Adolescentes e Jovens (CGSAJ/DAPES/SAS/MS), nos moldes dispostos no Anexo 2 do Anexo XVII. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 20, Parágrafo Único)

Art. 21. O Plano de Ação Anual deve ser apresentado por cada Município onde se localiza a Unidade Socioeducativa de Internação, Internação Provisória e/ou Semiliberdade. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 21)

Parágrafo Único. As ações de saúde e as metas físicas previstas no Plano de Ação Anual de que trata o "caput" deverão ser atualizadas segundo necessidades em saúde da população socioeducativa. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 21, Parágrafo Único)

Art. 22. A Secretaria de Saúde dos Estados, em casos excepcionais, poderá elaborar Plano Operativo e assumir a gestão das ações de atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade de Município localizado em seu território, mediante pactuação na CIB. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 22)

Seção II

Das Atribuições do Grupo de Trabalho Intersectorial (GTI)
(Origem: PRT MS/GM 1082/2014, CAPÍTULO III, Seção II)

Art. 23. Compete ao GTI instituído no âmbito do estado ou do município: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23)

I - a elaboração de Plano Operativo, conforme modelo constante do Anexo 2 do Anexo XVII ; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, I)

II - a elaboração de Plano de Ação Anual, com definição das ações de saúde e as metas físicas para o ano de exercício por município, conforme modelo constante do Anexo 3 do Anexo XVII ; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, II)

III - o acompanhamento e monitoramento da efetiva implementação da atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade; e (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, III)

IV - realização de diagnóstico da situação de saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, IV)

§ 1º Poderão integrar o GTI de que trata o "caput" representantes dos seguintes órgãos e entidades: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, § 1º)

I - Secretaria Estadual de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, § 1º, a)

II - Secretaria Municipal de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, § 1º, b)

III - Secretaria gestora do Sistema Socioeducativo em âmbito local; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, § 1º, c)

IV - unidades socioeducativas; e (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, § 1º, d)

V - outras instituições e conselhos estratégicos. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, § 1º, e)

§ 2º Constará no Plano Operativo a indicação da Secretaria de Saúde do ente federativo responsável pela gestão das ações de saúde para os adolescentes em situação de privação de liberdade. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, § 2º)

§ 3º Dar-se-á ciência do Plano Operativo ao Conselho de Saúde e à CIB ou, quando for o caso, a Comissão Intergestores Regional (CIR). (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, § 3º)

§ 4º O Plano Operativo deverá ser aprovado no Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, § 4º)

§ 5º A elaboração do Plano de Ação Anual deverá conter as ações de saúde e as metas físicas para o ano de exercício por município, conforme modelo constante do Anexo 3 do Anexo XVII . (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, § 5º)

Seção III

Do Financiamento
(Origem: PRT MS/GM 1082/2014, CAPÍTULO III, Seção III)

Art. 24. O ente federativo responsável pela gestão das ações de atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade fará jus a incentivo financeiro de custeio, que será instituído e pago pelo Ministério da

Saúde, para o desenvolvimento dessas ações junto às unidades socioeducativas de internação, internação provisória e semiliberdade. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 24)

Parágrafo Único. O incentivo financeiro de custeio de que trata o "caput" será instituído e regulamentado em ato específico do Ministro de Estado da Saúde e repassado em parcelas mensais e iguais pelo Fundo Nacional de Saúde para o Fundo de Saúde do ente federativo beneficiário. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 24, Parágrafo Único)

Art. 25. Para habilitar-se ao recebimento do incentivo financeiro de custeio para os entes federativos responsáveis pela gestão das ações de atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade, o ente federativo interessado deverá atender às disposições do Anexo XVII, que redefine a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), e apresentar à CGSAJ/DAPES/SAS/MS os seguintes documentos: (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 3º)

I - Plano Operativo elaborado conforme modelo constante do Anexo 2 do Anexo XVII ; e (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 3º, I)

II - Plano de Ação Anual elaborado conforme modelo constante do Anexo 3 do Anexo XVII . (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 3º, II)

§ 1º O Plano Operativo de que trata o inciso I do caput deverá ser encaminhado à CIB e, quando couber, à CIR para ciência, e aprovado pelo Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente, antes de ser enviado à CGSAJ/DAPES/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Os documentos de que tratam este artigo deverão ser encaminhados à CGSAJ/DAPES/SAS/MS por meio físico, pelos correios. (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 3º, § 2º)

§ 3º O Plano Operativo e o Plano de Ação Anual serão documentos orientadores para a execução das fases de implementação da PNAISARI, assim como para o repasse de recursos, monitoramento e avaliação. (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 3º, § 3º)

Art. 26. A CGSAJ/DAPES/SAS/MS avaliará se a documentação de que trata o art. 25, encaminhada pelo ente federativo interessado, está correta e atende as exigências da PNAISARI, podendo aprova-la ou não. (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 4º)

Parágrafo Único. Aprovada a documentação de que trata o "caput", será publicado ato específico do Ministro de Estado da Saúde com a relação dos entes federativos contemplados, as unidades socioeducativas beneficiadas e os valores que serão repassados mensalmente para cada unidade socioeducativa. (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 4º, Parágrafo Único)

CAPÍTULO IV **DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO** (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, CAPÍTULO IV)

Art. 27. O monitoramento e a avaliação da implementação da PNAISARI serão realizados por meio de sistemas de informação oficiais da saúde e do Sistema de Informações para Infância e Adolescência (SIPIA). (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 25)

Parágrafo Único. O monitoramento e a avaliação de que trata o "caput" serão realizados pelo Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 25, Parágrafo Único)

Art. 28. O monitoramento e avaliação da implantação e implementação da PNAISARI serão realizados pelo controle das equipes de saúde de referência no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), pelo acompanhamento do Plano de Ação Anual e visitas técnicas "in loco", além de outros instrumentos que serão construídos pela CGSAJ/DAPES/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 5º)

§ 1º O repasse do incentivo financeiro de custeio será suspenso nos casos em for constatada equipe de referência incompleta, pela ausência de profissional médico, enfermeiro, cirurgião dentista e/ou de saúde mental, por período superior a 60 (sessenta) dias. (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 5º, § 1º)

§ 2º O repasse do incentivo financeiro de custeio também será suspenso caso sejam constatadas outras irregularidades na implantação e implementação da PNAISARI, a critério da CGSAJ/DAPES/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 5º, § 2º)

§ 3º A suspensão de que trata os §§ 1º e 2º será mantida até a adequação das irregularidades identificadas. (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 5º, § 3º)

Art. 29. O monitoramento da implantação e implementação da PNAISARI 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 1083/2014, Art. 6º)

CAPÍTULO V
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS
(Origem: PRT MS/GM 1082/2014, CAPÍTULO V)

Art. 30. Os casos não previstos neste Anexo, relativos à atenção à saúde em favor dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa, serão analisados pela CGSAJ/DAPES/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 26)

Art. 31. As ações de saúde previstas neste Anexo serão integrados aos Planos de Saúde Estaduais, do Distrito Federal e Municipais, observada a legislação local específica. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 27)

ANEXO 1 DO ANEXO XVII

Atribuições das Equipes de Referência em Saúde e Responsabilidades Setoriais Interfederativas (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Anexo 1)