

ANEXO V

Tabela de composição de um serviço habilitado, por número de custodiados referenciados.

População referenciada por um serviço	Quantidade de equipes a serem habilitadas, em um serviço, por tipo		
	I	II	III
1 - 100	1	0	0
101 - 500	0	1	0
501 - 1200	0	0	1
1201 - 1300	1	0	1
1301 - 1700	0	1	1
1701 - 2400	0	0	2
2401 - 2500	1	0	2
2501 - 2900	0	1	2
2901 - 3600	0	0	3
3601 - 3700	1	0	3

PORTARIA Nº 483, DE 1º DE ABRIL DE 2014

Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;

Considerando a Portaria nº 687/GM/MS, de 30 de março de 2006, que aprova a Política de Promoção da Saúde;

Considerando a Portaria nº 971/GM/MS, de 3 de maio de 2006, que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS;

Considerando a Portaria nº 2.583/GM/MS, de 10 de outubro de 2007, que define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo SUS, nos termos da Lei nº 11.347, de 2006, aos usuários portadores de diabetes mellitus;

Considerando a Portaria nº 1.559/GM/MS, de 1º de agosto de 2008, que institui a Política Nacional de Regulação do SUS;

Considerando a Portaria nº 992/GM/MS, de 13 de maio de 2009, que institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra;

Considerando a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS;

Considerando a Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), 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);

Considerando a Portaria nº 2.715/GM/MS, de 17 de novembro de 2011, que atualiza a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN);

Considerando a Portaria nº 2.994/GM/MS, de 13 de dezembro de 2011, que aprova a Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio e o Protocolo de Síndromes Coronarianas Agudas, cria e altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS;

Considerando a Portaria nº 665/GM/MS, de 12 de abril de 2012, que dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do SUS, institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC;

Considerando a Portaria nº 971/GM/MS, de 15 de maio de 2012, que dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil;

Considerando a Portaria nº 1.555/GM/MS, de 30 de julho de 2013, que dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS;

Considerando que as doenças crônicas não transmissíveis constituem o problema de saúde de maior magnitude e corresponderam a 72% (setenta e dois por cento) das causas de morte em 2007;

Considerando o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022, em especial no seu eixo III, que se refere ao cuidado integral das DCNT;

Considerando a transição demográfica e a maior prevalência das doenças crônicas com o envelhecimento da população e seu alto impacto na saúde das pessoas idosas;

Considerando o aumento da prevalência do sobrepeso e da obesidade em crianças e adolescentes, que pode acarretar o aumento de doenças crônicas na fase adulta;

Considerando o Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias do Ministério da Saúde de 2012, disponível no sítio eletrônico www.saude.gov.br/sas;

Considerando os referenciais dos Cadernos de Atenção Básica, do Guia Alimentar para a População Brasileira, do Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas, dos materiais de apoio da Academia da Saúde e do Programa Saúde na Escola para fortalecimento da promoção à saúde e da prevenção dos fatores de risco para doenças crônicas e qualificação do cuidado desses usuários no âmbito SUS; e

Considerando a necessidade de reorganizar a atenção à saúde da pessoa com doenças crônicas, resolve:

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Esta Portaria redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização de suas linhas de cuidado.

Art. 2º Para efeito desta Portaria, consideram-se doenças crônicas as doenças que apresentam início gradual, com duração longa ou incerta, que, em geral, apresentam múltiplas causas e cujo tratamento envolva mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que, usualmente, não leva à cura.

Art. 3º São princípios da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas:

I - acesso e acolhimento aos usuários com doenças crônicas em todos os pontos de atenção;

II - humanização da atenção, buscando-se a efetivação de um modelo centrado no usuário, baseado nas suas necessidades de saúde;

III - respeito às diversidades étnico-raciais, culturais, sociais e religiosas e aos hábitos e cultura locais;

IV - modelo de atenção centrado no usuário e realizado por equipes multiprofissionais;

V - articulação entre os diversos serviços e ações de saúde, constituindo redes de saúde com integração e conectividade entre os diferentes pontos de atenção;

VI - atuação territorial, com definição e organização da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas nas regiões de saúde, a partir das necessidades de saúde das respectivas populações, seus riscos e vulnerabilidades específicas;

VII - monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços por meio de indicadores de estrutura, processo e desempenho que investiguem a efetividade e a resolutividade da atenção;

VIII - articulação interfederativa entre os diversos gestores de saúde, mediante atuação solidária, responsável e compartilhada;

IX - participação e controle social dos usuários sobre os serviços;

X - autonomia dos usuários, com constituição de estratégias de apoio ao autocuidado;

XI - equidade, a partir do reconhecimento dos determinantes sociais da saúde;

XII - formação profissional e educação permanente, por meio de atividades que visem à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde para qualificação do cuidado, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; e

XIII - regulação articulada entre todos os componentes da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

Art. 4º São objetivos da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas:

I - realizar a atenção integral à saúde das pessoas com doenças crônicas, em todos os pontos de atenção, através da realização de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde; e

II - fomentar a mudança no modelo de atenção à saúde, por meio da qualificação da atenção integral às pessoas com doenças crônicas e da ampliação das estratégias para promoção da saúde da população e para prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações.

Art. 5º São objetivos específicos da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas:

I - ampliar o acesso dos usuários com doenças crônicas aos serviços de saúde;

II - promover o aprimoramento da qualidade da atenção à saúde dos usuários com doenças crônicas, por meio do desenvolvimento de ações coordenadas pela atenção básica, contínuas e que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde;

III - propiciar o acesso aos recursos diagnósticos e terapêuticos adequados em tempo oportuno, garantindo-se a integralidade do cuidado, conforme a necessidade de saúde do usuário;

IV - promover hábitos de vida saudáveis com relação à alimentação e à atividade física, como ações de prevenção às doenças crônicas;

V - ampliar as ações para enfrentamento dos fatores de risco às doenças crônicas, tais como o tabagismo e o consumo excessivo de álcool;

VI - atuar no fortalecimento do conhecimento do usuário sobre suas doenças e ampliação da sua capacidade de autocuidado e autonomia; e

VII - impactar positivamente nos indicadores relacionados às doenças crônicas.

CAPÍTULO II

DAS COMPETÊNCIAS DAS ESFERAS DE GESTÃO

Art. 6º Compete ao Ministério da Saúde e às Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, em seus respectivos âmbitos de atuação:

I - garantir que todos os estabelecimentos de saúde que prestam atendimento às pessoas com doenças crônicas possuam infraestrutura e tecnologias adequadas, recursos humanos capacitados e qualificados, recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes, de maneira a garantir o cuidado necessário;

II - garantir o financiamento tripartite para o cuidado integral das pessoas com doenças crônicas, de acordo com suas responsabilidades;

III - promover a formação e a qualificação dos profissionais e dos trabalhadores de saúde de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde;

IV - utilizar os sistemas de informação vigentes para os cuidados prestados às pessoas com doenças crônicas, com a finalidade de obter informações que possibilitem o planejamento, o monitoramento, a avaliação, o controle e a regulação das ações realizadas, garantindo-se a interoperabilidade entre os sistemas;

V - adotar mecanismos de monitoramento, avaliação e auditoria com vistas à melhoria da qualidade das ações e dos serviços ofertados, considerando-se as especificidades dos estabelecimentos de saúde e suas responsabilidades;

VI - elaborar e divulgar protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas para qualificar o cuidado das pessoas com doenças crônicas;

VII - elaborar, desenvolver estratégias de comunicação e disponibilizar publicações, materiais didáticos, informativos ou outros materiais de interesse da população e dos profissionais de saúde relacionados às doenças crônicas e seus fatores de risco;

VIII - estimular a participação popular e o controle social visando à contribuição na elaboração de estratégias para implantação das linhas de cuidado das doenças crônicas; e

IX - manter atualizado os dados dos profissionais e de serviços de saúde, de acordo com o respectivo nível de gestão, públicos e privados, que prestam serviço ao SUS, no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

Art. 7º Compete ao Ministério da Saúde:

I - definir diretrizes gerais para estruturação das linhas de cuidado e organização da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas;

II - prestar apoio institucional às Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios no processo de consolidação e qualificação das ações voltadas à atenção às pessoas com doenças crônicas;

III - realizar estudos no intuito de subsidiar e justificar a incorporação de novas tecnologias ou novos usos de tecnologias já existentes no SUS que possam ser utilizadas para qualificar o cuidado das pessoas com doenças crônicas;

IV - efetuar a habilitação dos estabelecimentos de saúde que realizam ações de atenção às pessoas com doenças crônicas, quando couber, de acordo com critérios técnicos estabelecidos em Portarias específicas;

V - desenvolver e disponibilizar sistemas de informação para os cuidados prestados às pessoas com doenças crônicas, com a finalidade de obter informações que possibilitem o planejamento, o monitoramento, a avaliação, o controle e a regulação das ações realizadas, garantindo-se a interoperabilidade entre os sistemas;

VI - garantir o acesso aos insumos e medicamentos de compra centralizada, necessários para o tratamento das doenças crônicas de acordo com a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e de acordo com o disposto em legislações específicas, no que couber; e

VII - publicar documentos de apoio para a organização local das linhas de cuidado e para a elaboração de diretrizes clínicas regionais.

Art. 8º Compete às Secretarias de Saúde dos Estados:

I - prestar apoio institucional às Secretarias de Saúde dos Municípios no processo de qualificação e de consolidação das ações voltadas à atenção às pessoas com doenças crônicas;

II - realizar a articulação interfederativa para pactuação de ações e de serviços em âmbito regional ou inter-regional para garantia da equidade e da integralidade do cuidado;



III - definir estratégias de articulação com as Secretarias Municipais de Saúde do seu Estado com vistas ao desenvolvimento de planos de ação regionais para elaboração das linhas de cuidado;

IV - acompanhar e apoiar a organização e a implementação regional das linhas de cuidado que irão compor a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, considerando todos os pontos de atenção, bem como os sistemas logísticos e de apoio necessários para garantir o acesso às ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos para o cuidado das pessoas com doenças crônicas;

V - organizar a referência e a contrarreferência estaduais e regionais por meio da regulação com definição de critérios e do fluxo dos usuários entre os pontos de atenção da rede, de acordo com as necessidades de saúde dos usuários;

VI - garantir o acesso aos insumos e medicamentos necessários para o tratamento das doenças crônicas de acordo com a RENAME e de acordo com o disposto em legislações específicas, no que couber; e

VII - apoiar e organizar a implantação de sistemas de informação vigentes, disponibilizados pelo Ministério da Saúde, nos Municípios, e apoiar a utilização dos sistemas.

Art. 9º Compete às Secretarias de Saúde dos Municípios:

I - planejar e programar as ações e os serviços necessários para o cuidado das pessoas com doenças crônicas, considerando-se os serviços disponíveis, a base territorial, o perfil e as necessidades de saúde locais;

II - organizar as linhas de cuidado que irão compor a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, considerando todos os pontos de atenção, bem como os sistemas logísticos e de apoio necessários para garantir o acesso às ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos para o cuidado das pessoas com doenças crônicas;

III - pactuar as linhas de cuidado com os Municípios da respectiva região de saúde, garantindo a oferta de cuidado integral às pessoas com doenças crônicas;

IV - organizar e pactuar as diretrizes, o fluxo e a regulação intra e intermunicipal das ações e dos serviços da rede de atenção à saúde, visando à garantia do acesso dos usuários, de acordo com suas necessidades;

V - implantar sistemas de informação, disponibilizados pelo Ministério da Saúde ou desenvolvidos localmente, quando couber, e contribuir para sua utilização de forma a obter registros dos dados relativos ao cuidado das pessoas com doenças crônicas atendidas nos serviços de saúde que estão sob responsabilidade do Município; e

VI - garantir o acesso aos insumos e medicamentos necessários para o tratamento das doenças crônicas de acordo com a RENAME e de acordo com o disposto em legislações específicas, no que couber.

Art. 10. Aplica-se à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal o disposto nos arts. 8º e 9º.

CAPÍTULO III

DOS COMPONENTES

Art. 11. A Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas é estruturada pelos seguintes componentes:

I - Atenção Básica;

II - Atenção Especializada, que se divide em:

a) ambulatorial especializado;

b) hospitalar; e

c) urgência e emergência;

III - Sistemas de Apoio;

IV - Sistemas Logísticos;

V - Regulação; e

VI - Governança.

Art. 12. A Atenção Básica constitui-se como o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, com papel chave na sua estruturação como ordenadora e coordenadora do cuidado, com a responsabilidade de realizar o cuidado integral e contínuo da população que está sob sua responsabilidade e de ser a porta de entrada prioritária para organização do cuidado.

Parágrafo único. Além do disposto no art. 21, compete à Atenção Básica:

I - realizar o diagnóstico, o rastreamento e o tratamento da sua população adstrita de acordo com os protocolos e as diretrizes clínicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde ou elaboradas pelo nível local;

II - prevenir, diagnosticar e tratar precocemente as possíveis complicações decorrentes das doenças crônicas;

III - encaminhar para a Atenção Especializada os casos diagnosticados para procedimentos clínicos ou cirúrgicos em função de complicações decorrentes das doenças crônicas, ou quando esgotadas as possibilidades terapêuticas na Atenção Básica, com base no controle dos fatores de risco e no acometimento de órgãos alvo, ou de acordo com diretrizes clínicas, regulação e pactuação locais, considerando-se as necessidades individuais;

IV - coordenar o cuidado das pessoas com doenças crônicas, mesmo quando referenciadas para outros pontos da Rede de Atenção à Saúde;

V - acionar a Academia da Saúde e/ou outros equipamentos disponíveis no território como forma de contribuir para o cuidado das pessoas com doenças crônicas, de acordo com as necessidades identificadas;

VI - acionar as ferramentas de teleassistência, de teleeducação e regulação vigentes ou outra estratégia local, sempre que necessário, para qualificar a atenção prestada e o eventual direcionamento da demanda dos usuários com doenças crônicas aos demais componentes da Rede de Atenção à Saúde; e

VII - realizar ações de promoção da saúde e de prevenção das doenças crônicas de forma intersetorial e com participação popular, considerando os fatores de risco mais prevalentes na população.

Art. 13. A Atenção Especializada constitui um conjunto de pontos de atenção com diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações e serviços de urgência e emergência e ambulatoriais especializados e hospitalares, apoiando e complementando os serviços da Atenção Básica de forma resolutiva e em tempo oportuno.

Art. 14. O subcomponente ambulatorial especializado da Atenção Especializada constitui um conjunto de ações e serviços eletivos de média e alta densidade tecnológica, com a finalidade de propiciar a continuidade do cuidado.

Parágrafo único. Além do disposto no art. 21, compete ao subcomponente ambulatorial especializado da Atenção Especializada:

I - atuar de forma territorial, sendo referência para uma população definida, a partir do perfil epidemiológico das doenças crônicas e das necessidades de saúde da população de cada região, considerando-se os conceitos de escala, no que se refere à economia e à qualidade do cuidado;

II - prestar assistência ambulatorial eletiva de média e alta densidade tecnológica, de forma multiprofissional, a sua população adstrita que se enquadra nos critérios de encaminhamento para esse ponto de atenção, de acordo com os protocolos e as diretrizes clínicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde ou elaboradas pelo nível local ou regional;

III - prestar apoio matricial às equipes da Atenção Básica, presencialmente ou por meio das ferramentas de teleassistência e de teleeducação vigentes ou de outras estratégias locais, dedicando parte da carga horária dos profissionais especificamente para essas ações;

IV - realizar contrarreferência em casos de alta para os serviços de Atenção Básica, bem como comunicar periodicamente os Municípios e as equipes de saúde acerca dos usuários que estão em acompanhamento;

V - orientar o usuário com relação ao retorno à Atenção Básica e/ou ao acompanhamento neste ponto de atenção, quando necessário; e

VI - encaminhar para o subcomponente hospitalar da Atenção Especializada os casos diagnosticados para procedimentos clínicos ou cirúrgicos de diagnósticos ou internação, em função de complicações decorrentes das doenças crônicas, quando esgotadas as possibilidades terapêuticas no subcomponente ambulatorial especializado da Atenção Especializada.

Art. 15. O subcomponente hospitalar da Atenção Especializada constitui o ponto de atenção estratégico voltado para as internações eletivas e/ou de urgência de pacientes agudos ou crônicos agudizados.

Parágrafo único. Além do disposto no art. 21, compete ao subcomponente hospitalar da Atenção Especializada:

I - realizar avaliação e tratamento dos casos referenciados pela Atenção Básica ou pelo subcomponente ambulatorial especializado da Atenção Especializada para procedimentos clínicos ou cirúrgicos de diagnósticos ou internação e tratamento das complicações decorrentes das doenças crônicas;

II - prestar cuidado integral e multiprofissional às internações eletivas ou de urgência de pessoas com doenças crônicas, encaminhadas ou não de outro ponto de atenção, conforme os protocolos e as diretrizes clínicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde ou elaboradas pelo nível local ou regional;

III - programar alta hospitalar com a participação da equipe multiprofissional, realizando orientações com foco no autocuidado;

IV - realizar contrarreferência e orientar o retorno dos usuários, em casos de alta, para os serviços da Atenção Básica e/ou do subcomponente ambulatorial especializado da Atenção Especializada, bem como comunicar periodicamente os Municípios e as equipes de saúde acerca dos usuários que estão em acompanhamento; e

V - prestar apoio matricial às equipes de Atenção Básica, presencialmente ou por meio das ferramentas de teleassistência e de teleeducação vigentes ou de outras estratégias locais, dedicando parte da carga horária dos profissionais especificamente para essas ações.

Art. 16. O subcomponente de urgência e emergência da Atenção Especializada constitui o conjunto de ações e serviços voltados aos usuários que necessitam de cuidados imediatos nos diferentes pontos de atenção, inclusive de acolhimento aos pacientes que apresentam agudização das condições crônicas.

Parágrafo único. Compete ao subcomponente urgência e emergência da Atenção Especializada:

I - prestar assistência e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até o encaminhamento dos indivíduos com complicações agudas decorrentes das doenças crônicas a outros pontos de atenção, quando necessário, com a implantação de acolhimento e classificação de riscos e vulnerabilidades; e

II - realizar referência ou contrarreferência para os demais pontos de atenção à saúde, de acordo com cada caso.

Art. 17. Os Sistemas de Apoio constituem sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, tais como patologia clínica e imagens e de assistência farmacêutica.

Parágrafo único. Compete aos Sistemas de Apoio:

I - realizar apoio diagnóstico e terapêutico das solicitações provenientes de todos os pontos de atenção, de acordo com as pactuações locais ou regionais definidas com base nos protocolos e nas diretrizes clínicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde ou elaboradas pelo nível local ou regional; e

II - prestar assistência farmacêutica necessária ao tratamento clínico das pessoas com doenças crônicas, considerando-se a forma de organização da gestão local e regional, as necessidades de saúde locais e a RENAME.

Art. 18. Os Sistemas Logísticos constituem soluções em saúde, em geral relacionadas às tecnologias de informação, integradas pelos sistemas de identificação e de acompanhamento dos usuários, o registro eletrônico em saúde, os sistemas de transporte sanitários e os sistemas de informação em saúde.

Parágrafo único. Compete aos Sistemas Logísticos:

I - operacionalizar a implementação de sistemas de informação que permitam o acompanhamento do cuidado, a gestão de casos, o apoio às decisões clínicas e a regulação do acesso aos serviços da Atenção Especializada, assim como o monitoramento e a avaliação das ações e serviços; e

II - organizar sistema de transporte sanitário, por meio de pactuações nas Comissões Intergestores Regionais (CIR) e/ou nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e no Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF), que permita o fluxo adequado dos usuários com doenças crônicas entre os pontos de atenção, tanto na urgência quanto nas ações eletivas, por meio de veículos adaptados, quando necessário.

Art. 19. A Regulação constitui o componente de gestão para qualificar a demanda e a assistência prestada, otimizar a organização da oferta e promover a equidade no acesso às ações e serviços de saúde, especialmente os de maior densidade tecnológica, e auxiliar no monitoramento e avaliação dos pactos intergestores.

Parágrafo único. Compete à Regulação garantir o acesso às ações e aos serviços de saúde de média e de alta densidade tecnológica, necessários ao cuidado integral dos usuários com doenças crônicas, por meio das Centrais de Regulação ou Complexos Reguladores ou de acordo com a pactuação local, garantindo a equidade no acesso, em tempo oportuno, independentemente da natureza jurídica dos estabelecimentos de saúde, levando em consideração a estratificação de risco e as diretrizes clínicas definidas pela gestão federal, regional ou local.

Art. 20. A Governança constitui a capacidade de intervenção que envolve diferentes atores, mecanismos e procedimentos para a gestão regional compartilhada da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

Art. 21. São competências comuns do componente da Atenção Básica e dos subcomponentes ambulatorial especializado e hospitalar da Atenção Especializada:

I - planejar o cuidado considerando a avaliação da vulnerabilidade e da capacidade de autocuidado das pessoas com doenças crônicas;

II - organizar as ações que promovam os cuidados paliativos, quando couber, nas linhas de cuidado definidas para cada doença crônica, apoiando o cuidado e articulando com os demais pontos de atenção;

III - garantir o acesso aos medicamentos e insumos para o tratamento das doenças crônicas, de acordo com as atribuições do ponto de atenção e de acordo com a RENAME;

IV - registrar as informações referentes às pessoas e às ações relacionadas às doenças crônicas nos sistemas de informação vigentes, quando couber;

V - manter comunicação com as equipes multiprofissionais dos demais pontos de atenção que compõem a linha de cuidado;

VI - realizar o primeiro atendimento de urgência e emergência e encaminhar os indivíduos com complicações agudas a outros serviços e/ou pontos de atenção, conforme necessidade individual; e

VII - oferecer acompanhamento multiprofissional e programar a realização de consultas e de exames de acordo com a necessidade individual, os protocolos e as diretrizes clínicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde ou elaboradas pelo nível local, no âmbito da sua atuação.

Art. 22. Todos os pontos de atenção à saúde, em especial os que integram os componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, prestarão o cuidado aos usuários com doenças crônicas agudizadas em ambiente adequado até a transferência ou encaminhamento dos usuários a outros pontos de atenção, quando necessário.

CAPÍTULO IV

DAS LINHAS DE CUIDADO

Art. 23. A implantação da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas se dará por meio da organização e operacionalização de linhas de cuidado específicas, considerando os agravos de maior magnitude.

Art. 24. No âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, as linhas de cuidado deverão:

I - expressar os fluxos assistenciais que precisam ser garantidos ao usuário a fim de atender às necessidades de saúde relacionadas a uma condição crônica; e

II - definir as ações e os serviços que serão ofertados por cada componente da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, baseadas em diretrizes clínicas e de acordo com a realidade de cada região de saúde, sempre considerando as evidências científicas sobre o tema de que trata.

Art. 25. As linhas de cuidado no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas observarão às seguintes diretrizes:

I - definição no âmbito de 1 (uma) ou mais regiões de saúde, de acordo com a pactuação realizada nas CIR e/ou CIB e no CGSES/DF, considerando-se as necessidades de saúde das respectivas populações;

II - garantia da regionalização da atenção especializada de forma que esta trabalhe com abrangência territorial e populacional, conforme pactuações loco-regionais;

III - caracterização dos pontos de atenção que conformam a linha de cuidado por meio da definição mínima de competências e de responsabilidades de cada um deles e do estabelecimento de mecanismos de comunicação entre eles, dentre outros dispositivos;

IV - garantia e articulação dos recursos existentes para operacionalização das linhas de cuidado, segundo o planejamento de cada unidade federada;

V - garantia de acesso regulado à atenção especializada, ambulatorial e hospitalar;

VI - implementação de sistemas de informação que permitam o acompanhamento do cuidado, a gestão de casos, o apoio às decisões clínicas e a regulação do acesso aos serviços de atenção especializada, assim como o planejamento, o monitoramento e a avaliação das ações e serviços;

VII - oferta de apoio diagnóstico e terapêutico adequado para prevenção e tratamento das doenças crônicas, com efetivação de um modelo centrado no usuário, baseado nas suas necessidades de saúde, respeitando-se as diversidades étnico-raciais, culturais, sociais e religiosas;

VIII - garantia da avaliação e do acompanhamento periódicos das pessoas que apresentam doenças crônicas de forma integral e criteriosa, considerando-se a totalidade dos fatores de risco a que estão sujeitas e não apenas o potencial isolado de cada diagnóstico clínico ou laboratorial;

IX - estabelecimento de estratégias para apoio ao autocuidado de maneira a garantir a autonomia do usuário, o conhecimento sobre sua saúde e a responsabilização dos atores envolvidos;

X - articulação de ações intersetoriais para promoção da saúde, incluindo incentivo à alimentação adequada e saudável e às práticas corporais e atividade física, de forma a apoiar os indivíduos, as famílias e a comunidade na adoção de modos de vida saudáveis, respeitando-se hábitos e culturas locais; e

XI - definição de indicadores e metas de acompanhamento e avaliação para as linhas de cuidado das doenças crônicas.

Parágrafo único. A programação de cuidado, no que se refere à definição da frequência de realização de consultas, de grupos e de solicitação de exames, não se limitará ao critério de estratificação de risco, devendo considerar:

I - os princípios da Atenção Básica descritos na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB);

II - as necessidades individuais;

III - as diretrizes clínicas de cada doença crônica; e

IV - os determinantes sociais da saúde.

CAPÍTULO V

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 26. A Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas será integrada ao Contrato Organizativo da Ação Pública em Saúde (COAP).

Art. 27. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 28. Fica revogada a Portaria nº 252/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2013, publicada no Diário Oficial da União nº 34, Seção 1, do dia seguinte, p. 71.

ARTHUR CHIORO

PORTARIA Nº 484, DE 1º DE ABRIL DE 2014

Dispõe sobre os critérios de concessão e pagamento da Gratificação Especial de Atividade de Combate e Controle de Endemias (GECEN) e da Gratificação de Atividade de Combate e Controle de Endemias (GACEN), instituídas pela Lei nº 11.784 de 22 de setembro de 2008.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Emenda Constitucional nº 41, de 19 de dezembro de 2003, que modifica os arts. 37, 40, 42, 48, 96, 149 e 201 da Constituição Federal, revoga o inciso IX do § 3º do art. 142 da Constituição Federal e dispositivos da Emenda Constitucional nº 20, de 15 de dezembro de 1998, e dá outras providências;

Considerando a Emenda Constitucional nº 47, de 5 de julho de 2005, que altera os arts. 37, 40, 195 e 201 da Constituição Federal, para dispor sobre a previdência social, e dá outras providências;

Considerando a Lei nº 8.112, de 11 de novembro de 1990, que dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais;

Considerando a Lei nº 8.216, de 13 de agosto de 1991, que dispõe sobre antecipação a ser compensada quando da revisão geral da remuneração dos servidores públicos, corrige e reestrutura tabelas de vencimentos e dá outras providências;

Considerando a Lei nº 8.270, de 17 de dezembro de 1991, que dispõe sobre reajuste da remuneração dos servidores públicos, corrige e reestrutura tabelas de vencimentos, e dá outras providências;

Considerando a Lei nº 10.887, de 18 de junho de 2004, que dispõe sobre a aplicação de disposições da Emenda Constitucional nº 41, de 19 de dezembro de 2003, altera dispositivos das Leis nos 9.717, de 27 de novembro de 1998, 8.213, de 24 de julho de 1991, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, e dá outras providências;

Considerando os arts. 53 a 55 da Lei nº 11.784, de 22 de setembro de 2008, que instituem a Gratificação Especial de Atividade de Combate e Controle de Endemias (GECEN) e a Gratificação de Atividade de Combate e Controle de Endemias (GACEN), respectivamente;

Considerando a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, que regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências; e

Considerando os arts. 284 e 284-A, da Lei nº 11.907, de 2 de fevereiro de 2009, que disciplina a aplicação da GACEN, instituída pelo art. 54 da Lei nº 11.784, de 2008, resolve:

Art. 1º Esta Portaria dispõe sobre os critérios de concessão e pagamento da Gratificação Especial de Atividade de Combate e Controle de Endemias (GECEN) e da Gratificação de Atividade de Combate e Controle de Endemias (GACEN), instituídas pela Lei nº 11.784, de 22 de setembro de 2008.

Art. 2º A GECEN será paga aos empregados públicos ativos do Quadro de Pessoal Suplementar da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e a GACEN será paga aos servidores efetivos do Ministério da Saúde e da FUNASA, ainda que descentralizados para Estados, Distrito Federal e Municípios, nos termos do disposto no art. 20 da Lei nº 8.270, de 17 de dezembro de 1991, desde que em efetivo exercício na atividade de combate e controle de endemias.

Art. 3º Entende-se por atividade de combate e controle de endemias, para fins de concessão e pagamento da GECEN e da GACEN, a realização de atividades, em caráter permanente, de saneamento e de prevenção de doenças individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e sob supervisão do gestor de saúde Federal, Estadual, Distrital e Municipal, assim descritas:

I - identificação de sinais e sintomas de agravos ou doenças e respectivo encaminhamento dos casos suspeitos para a Unidade de Saúde;

II - acompanhamento e orientação dos usuários em tratamento;

III - desenvolvimento de ações educativas e de mobilização da comunidade relativas ao controle das doenças ou agravos, em sua área de abrangência;

IV - orientação da comunidade quanto ao uso de medidas de proteção individual e familiar para a prevenção de doenças;

V - mobilização da comunidade para o desenvolvimento de medidas simples de manejo ambiental para o controle de vetores;

VI - realização, quando indicado, da aplicação de larvicidas e moluscocidas, químicos e biológicos, da borrifação intradomiciliar de efeito residual e da aplicação espacial de inseticidas por meio de nebulizações térmicas e ultra-baixo-volume;

VII - realização de atividades de identificação e mapeamento de coleções hídras de importância epidemiológica;

VIII - planejamento e programação das ações de controle das doenças ou agravos em conjunto com o Agente Comunitário de Saúde e as equipes da Atenção Básica e da Saúde da Família;

IX - realização de atividades de levantamento de índices entomológicos específicos a cada programa, necessários ao monitoramento e à avaliação das atividades desenvolvidas;

X - realização da coleta de materiais biológicos em atividade de vigilância e controle de zoonoses.

XI - orientação e mobilização da comunidade para a comunicação de ocorrência de epizootias como estratégia de vigilância, com ênfase na febre amarela;

XII - apoio técnico aos Estados e Municípios na realização de inquérito sanitário domiciliar, na elaboração de proposta de projeto relacionado ao saneamento domiciliar, nas ações de educação em saúde saneamento rural e saneamento ambiental;

XIII - acompanhamento e avaliação das atividades de saneamento domiciliar desenvolvidas;

XIV - análise dos projetos apresentados pelos Estados e Municípios para a implantação de melhorias sanitárias domiciliares no controle de doenças e agravos;

XV - análise dos projetos apresentados pelos Estados e Municípios para a implantação de melhorias habitacionais no controle de Doença de Chagas; e

XIV - análise dos projetos de saneamento domiciliar referentes às áreas de interesse especial, tais como assentamentos de reforma agrária, áreas de comunidades rurais, áreas de comunidades remanescentes de quilombos e áreas de reservas extrativistas.

Art. 4º A GECEN será devida aos ocupantes de empregos públicos de Agente de Combate às Endemias, vinculados ao Quadro Suplementar de Combate às Endemias do Quadro de Pessoal da FUNASA, submetidos ao regime jurídico estabelecido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), conforme disposto na Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, que realizarem, em caráter permanente, atividades de saneamento, de prevenção de doenças e de promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, em área urbana ou rural, inclusive em terras indígenas, em áreas remanescentes quilombolas, áreas extrativistas e ribeirinhas.

Art. 5º A GACEN será devida aos servidores públicos do Quadro de Pessoal do Ministério da Saúde e do Quadro de Pessoal da FUNASA, regidos pela Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, que realizarem, em caráter permanente, as atividades de saneamento, de prevenção de doenças e de promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, em área urbana ou rural, inclusive em terras indígenas, de remanescentes quilombolas, áreas extrativistas e ribeirinhas.

§ 1º A GACEN será devida aos ocupantes dos seguintes cargos:

I - Agente de Saúde Pública;

II - Auxiliar de Laboratório;

III - Auxiliar de Laboratório 8 (oito) horas;

IV - Auxiliar de Saneamento;

V - Agente Auxiliar de Saúde Pública;

VI - Divulgador Sanitário;

VII - Educador em Saúde;

VIII - Guarda de Endemias;

IX - Laboratorista;

X - Laboratorista Jornada 8 (oito) horas;

XI - Microscopista;

XII - Orientador em Saúde;

XIII - Técnico de Laboratório;

XIV - Visitador Sanitário;

XV - Inspetor de Saneamento;

XVI - Mestre de Lancha;

XVII - Condutor de Lancha;

XVIII - Agente de Transporte Marítimo e Fluvial;

XIX - Auxiliar de Transporte Marítimo e Fluvial;

XX - Comandante de Navio;

XXI - Artífice de Mecânica;

XXII - Cartógrafo; e

XXIII- Agente de Saúde.

§ 2º A GACEN também será devida ao titular do cargo de Motorista ou de Motorista Oficial que, em caráter permanente, realizar atividades de apoio e de transporte das equipes e dos insumos necessários para o combate e controle de endemias.

Art. 6º Para o pagamento da GECEN e da GACEN, fica vedada(o):

I - o exercício de cargo comissionado, função gratificada ou função comissionada;

II - a percepção simultânea dessas gratificações com a indenização de campo de que trata o art. 16 da Lei nº 8.216, de 13 de agosto de 1991;

III - o recebimento de diárias que tenham como fundamento o deslocamento para a realização das atividades de combate e controle de endemias, salvo se exigida pernoite, ocasião em que será observado o disposto no art. 58, § 2º, da Lei nº 8.112, 1990, e no art. 55, § 8º, da Lei nº 11.784, de 2008; e

IV - o pagamento cumulativo da GECEN e da GACEN com diárias nas hipóteses em que o deslocamento ocorrer dentro da mesma região metropolitana, aglomeração urbana ou microrregião, constituídas por Municípios limítrofes e regularmente instituídas, conforme dispõe o art. 58, § 3º, da Lei nº 8.112, de 1990.

Art. 7º A GECEN e a GACEN, em razão de sua natureza remuneratória, servirão de base de cálculo para pagamento de pensão alimentícia.

Art. 8º A GECEN e a GACEN não servirão de base de cálculo para concessão de quaisquer outros benefícios, parcelas remuneratórias ou vantagens.

Parágrafo único. A GECEN e a GACEN serão reajustadas na mesma época e na mesma proporção da revisão geral da remuneração dos servidores públicos federais.

Art. 9º A GACEN será devida nos afastamentos considerados de efetivo exercício, quando percebida por período igual ou superior a 12 (doze) meses.

Parágrafo único. Após o cumprimento do período de que trata o "caput", os servidores farão jus à GACEN durante os afastamentos considerados de efetivo exercício, de que trata a Lei nº 8.112, de 1990.

Art. 10. Para fins de incorporação da GACEN aos proventos de aposentadoria ou de pensão, além da exigência relacionada à aposentadoria no cargo efetivo, devem ser igualmente satisfeitos os critérios descritos no art. 55, § 3º, da Lei nº 11.784, de 2008, alterado pela Lei nº 12.702, de 7 de agosto de 2012, a saber:

I - para as aposentadorias e pensões instituídas até 19 de fevereiro de 2004, a GACEN será:

a) a partir de 1º de março de 2008, correspondente a 40% (quarenta por cento) do seu valor; e

b) a partir de 1º de janeiro de 2009, correspondente a 50% (cinquenta por cento) do seu valor; e

II - para as aposentadorias e pensões instituídas após 19 de fevereiro de 2004:

a) quando aos servidores que lhes deram origem se aplicar o disposto nos arts. 3º e 6º da Emenda Constitucional nº 41, de 19 de dezembro de 2003, e no art. 3º da Emenda Constitucional nº 47, de 5 de julho de 2005, aplicar-se-ão os percentuais constantes do inciso I do "caput"; e

b) aos demais, aplicar-se-á, para fins de cálculo das aposentadorias e pensões, o disposto na Lei nº 10.887, de 18 de junho de 2004.

Art. 11. A GECEN e a GACEN poderão ser pagas cumulativamente com os auxílios-transporte e alimentação.

Art. 12. O pagamento da GECEN e da GACEN deverá ser efetuado com base em apontamento consistente, que ateste a atuação do servidor ou do empregado público, conforme o caso, na atividade de combate e controle de endemias, no âmbito do SUS e da FUNASA, sob a responsabilidade do gestor local do SUS e das Chefias de Divisão de Engenharia de Saúde Pública ou de Serviço de Saúde Ambiental na FUNASA, respectivamente.

Art. 13. Os ordenadores de despesa ficam responsáveis pela fiscalização das atividades de combate e controle de endemias, a fim de evitar o pagamento indevido da GECEN ou da GACEN.

Art. 14. As dúvidas e os casos omissos serão dirimidos pela Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas do Ministério da Saúde (CGESP/SAA/SE/MS).

Art. 15. Os servidores efetivos e empregados públicos deverão encaminhar à chefia imediata, até o dia 30 de junho de cada exercício, a declaração constante do anexo a esta Portaria, sob pena de não recebimento da GECEN ou GACEN, conforme o caso.

Art. 16. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 17. Fica revogada a Portaria nº 630/GM/MS, de 31 de março de 2011, publicada no Diário Oficial da União nº 63, Seção 1, do dia 1º de abril seguinte, p. 62.

ARTHUR CHIORO

ANEXO

DECLARAÇÃO ANUAL DE PERMANÊNCIA NAS ATIVIDADES DE COMBATE E CONTROLE DE ENDEMIAS

EU, _____, servidor/empregado público do Ministério da Saúde ou da Funasa, ocupante do cargo/emprego público de _____, Classe "____", Padrão _____, matrícula no SIAPE nº _____, declaro que permaneço em atuação nas atividades de combate e controle de endemias, de que tratam os arts. 53 a 55 da Lei nº 11.784, de 22 de setembro de 2008, e art. 284 da Medida Provisória nº 441, de 29 de agosto de 2008.

Responsabilizo-me pela veracidade da informação declarada, ciente de que, se falsa a declaração, estou sujeito às penas da Lei.

Local e data assinatura do servidor