

Art. 514. O Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde (DAB/SAS/MS), publicará o Manual Instrutivo do PMAQ-AB, com a metodologia pactuada e outros detalhamentos do Programa. (Origem: PRT MS/GM 1645/2015, Art. 12)

#### Seção III

Do Grupo de Trabalho para Mapeamento, Avaliação e Monitoramento dos Dados Judiciários e Propositura de Atuações Estratégicas em Face da Judicialização no Âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil

Art. 515. Fica instituído Grupo de Trabalho para mapeamento, avaliação e monitoramento dos dados judiciários e propositura de atuações estratégicas em face da judicialização no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil, com os seguintes objetivos: (Origem: PRT MS/GM 1560/2017, Art. 1º)

I - diagnóstico para reforço das estratégias judiciais que viabilizem a reversão das decisões favoráveis aos médicos cooperados, e mitigação dos efeitos da judicialização inclusive no âmbito das instâncias especiais do Poder Judiciário no Brasil; (Origem: PRT MS/GM 1560/2017, Art. 1º, I)

II - buscar diálogo e interação com o sistema judiciário brasileiro para apresentação dos impactos negativos das citadas demandas aos propósitos do Projeto Mais Médicos para o Brasil, notadamente a desassistência aos usuários do serviço de Atenção Básica em regiões de extrema vulnerabilidade no Brasil; (Origem: PRT MS/GM 1560/2017, Art. 1º, II)

III - interação com os órgãos de assessoramento jurídico da União e com o Ministério das Relações Exteriores para tratamento conjuntural das demandas; (Origem: PRT MS/GM 1560/2017, Art. 1º, III)

IV - monitoramento e avaliação dos pleitos e do tratamento judiciário das demandas, inclusive para atuação preventiva; (Origem: PRT MS/GM 1560/2017, Art. 1º, IV)

V - apresentar propostas de interlocuções com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), para estratégias de cumprimento das decisões judiciais até que sejam revertidas; e (Origem: PRT MS/GM 1560/2017, Art. 1º, V)

VI - outras medidas que entendam cabíveis. (Origem: PRT MS/GM 1560/2017, Art. 1º, VI)

Art. 516. O Grupo de Trabalho será composto por 6 (seis) membros representantes do Ministério da Saúde, contemplando as seguintes representações, com respectivas suplências em igual quantitativo: (Origem: PRT MS/GM 1560/2017, Art. 2º)

I - Gabinete da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (GAB/SGTES/MS); (Origem: PRT MS/GM 1560/2017, Art. 2º, I)

II - Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (DEPREPS/SGTES/MS); (Origem: PRT MS/GM 1560/2017, Art. 2º, II)

III - Coordenação-Geral de Planejamento e Orçamento da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (CG-PLAN/SGTES/MS); (Origem: PRT MS/GM 1560/2017, Art. 2º, III)

IV - Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde (SE/MS); (Origem: PRT MS/GM 1560/2017, Art. 2º, IV)

V - Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde (CON-JUR/MS); e (Origem: PRT MS/GM 1560/2017, Art. 2º, V)

VI - Assessoria para Assuntos Internacionais em Saúde, do Gabinete do Ministro (AISA/GM/MS). (Origem: PRT MS/GM 1560/2017, Art. 2º, VI)

§ 1º A coordenação dos trabalhos será exercida pela Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde, cabendo ao seu representante a função de secretariar as atividades e manter registro de todas as convocações, pautas e atas. (Origem: PRT MS/GM 1560/2017, Art. 2º, § 1º)

§ 2º Serão convidados a integrar o grupo de trabalho, como membros colaborativos: (Origem: PRT MS/GM 1560/2017, Art. 2º, § 2º)

I - o Ministério das Relações Exteriores; e (Origem: PRT MS/GM 1560/2017, Art. 2º, § 2º, I)

II - a Advocacia-Geral da União, nas representações da Secretaria-Geral de Contencioso e da Procuradoria-Geral da União. (Origem: PRT MS/GM 1560/2017, Art. 2º, § 2º, II)

Art. 517. As atividades desempenhadas no Grupo de Trabalho não serão remuneradas na medida em que são afins às funções ordinárias dos membros, reconhecida a relevância dessa atuação para a Administração Pública Federal. (Origem: PRT MS/GM 1560/2017, Art. 3º)

Art. 518. Pela imprevisibilidade de esgotamento do objeto, o Grupo de Trabalho exercerá suas atividades por prazo indeterminado. (Origem: PRT MS/GM 1560/2017, Art. 4º)

Art. 519. O Grupo de Trabalho poderá expedir relatórios, recomendações, manuais, cartilhas e quaisquer outros produtos, assim como pleitear reuniões para discussão dos temas e encaminhamentos que entenda como essenciais e colaborativos ao cumprimento dos seus objetivos, reportando-se à Secretaria-Executiva. (Origem: PRT MS/GM 1560/2017, Art. 5º)

#### CAPÍTULO II

##### DA ATENÇÃO HOSPITALAR

Art. 520. As ações de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (VEH) terão por objetivo detectar, de modo oportuno, as doenças transmissíveis e os agravos de importância nacional ou internacional, bem como a alteração do padrão epidemiológico em regiões estratégicas do país, desenvolvida em estabelecimentos de saúde hospitalares, que atuarão como unidades sentinelas para a Rede de Vigilância Epidemiológica Hospitalar de Interesse Nacional (REVEH). (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 5º)

§ 1º A atuação da VEH tomará por base protocolos e procedimentos padronizados, que permitam a identificação oportuna, a notificação imediata, a investigação inicial ou complementar e o re-

gistro ou a atualização de informações no SINAN e em outros sistemas oficiais, quando disponíveis. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 5º, § 1º)

§ 2º A VEH será realizada de modo articulado com o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), instituído pela Portaria nº 529/GM/MS, de 1º de abril de 2013, e demais estruturas ou setores integrantes do sistema hospitalar que visem contribuir para a qualificação do cuidado em saúde ou vigilância das doenças e agravos. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 5º, § 2º)

§ 3º Os valores destinados aos hospitais federais integrantes do sistema VEH não serão incorporados ao incentivo financeiro de custeio para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde, sendo financiados de forma direta pelo Ministério da Saúde, conforme procedimento que será regulamentado em ato específico do Ministro de Estado da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 5º, § 3º)

Art. 521. Para desenvolver as ações de VEH, os entes federativos devem possuir hospitais que tenham sido habilitados como estratégicos para a composição da REVEH. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 6º)

Parágrafo Único. Para compor a REVEH, o estabelecimento de saúde deverá ser credenciado para a instalação, registro e atualização das informações no SINAN junto à Secretaria de Saúde do Distrito Federal ou do Município, devendo-se atender ao SUS na proporção de 1 (um) hospital com 50 (cinquenta) ou mais leitos para cada 1.000.000 (um milhão) de habitantes, ou, no mínimo, 1 (um) hospital por Estado, independentemente do número de habitantes, e que seja: (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 6º, Parágrafo Único)

I - hospital geral de referência nacional, regional, estadual, distrital ou municipal; (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 6º, Parágrafo Único, I)

II - hospital especializado em doenças transmissíveis de referência nacional, regional, estadual, distrital ou municipal; (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 6º, Parágrafo Único, II)

III - hospital participante de estratégia de vigilância sentinela de doenças e agravos de interesse da SVS/MS; ou (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 6º, Parágrafo Único, III)

IV - hospital participante de estratégias gerenciadas por outras Secretarias do Ministério da Saúde ou pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 6º, Parágrafo Único, IV)

Art. 522. Para a execução de ações de VEH, o estabelecimento de saúde deverá atender aos seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 7º)

I - designar profissional de saúde de nível superior, preferencialmente com experiência em vigilância epidemiológica, como responsável pelas atividades de vigilância epidemiológica hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 7º, I)

II - promover, em até 24 (vinte e quatro) horas, a notificação compulsória imediata de todos os casos e óbitos por doenças ou agravos identificados, segundo legislação vigente; (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 7º, II)

III - realizar investigação complementar dos casos e óbitos hospitalizados já notificados por outros estabelecimentos de saúde, registrando-se a informação no instrumento ou sistema de informação correspondente, quando disponível; e (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 7º, III)

IV - elaborar relatório trimestral com o perfil de morbidade e mortalidade hospitalar das doenças de notificação compulsória, a ser encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde em instrumento padronizado, por meio eletrônico ou impresso. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 7º, IV)

Art. 523. Para a execução de ações de VEH, as Secretarias de Saúde dos Estados deverão atender aos seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 8º)

I - designar profissional ou setor de referência para implementar e gerir a estratégia de vigilância epidemiológica hospitalar em seu âmbito de gestão; (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 8º, I)

II - consolidar os relatórios encaminhados pelas Secretarias Municipais de Saúde participantes da REVEH de sua área de abrangência, independente da gestão hospitalar, federal, estadual ou municipal, para conhecimento e análise do perfil de morbidade e mortalidade hospitalar, das doenças de notificação compulsória do seu território; e (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 8º, II)

III - encaminhar relatório semestral consolidado à SVS/MS, em instrumento padronizado, por meio eletrônico ou impresso. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 8º, III)

Art. 524. Para a execução de ações de VEH, as Secretarias de Saúde dos Municípios deverão atender aos seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 9º)

I - designar profissional ou setor de referência para implementar e gerir a estratégia de vigilância epidemiológica hospitalar em seu âmbito de gestão; (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 9º, I)

II - consolidar os relatórios encaminhados pelos estabelecimentos de saúde participantes da REVEH de sua área de abrangência, independentemente da gestão hospitalar federal, estadual ou municipal, para conhecimento e análise do perfil de morbidade e mortalidade hospitalar das doenças de notificação compulsória de seu território; e (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 9º, II)

III - encaminhar relatório trimestral consolidado à Secretaria de Saúde Estadual, em instrumento padronizado, por meio eletrônico ou impresso. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 9º, III)

Art. 525. Compete à Secretaria de Saúde do Distrito Federal as mesmas atribuições das Secretarias de Saúde Municipais descritas no art. 524, ressalvando-se o disposto no art. 524, III. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 10)

Parágrafo Único. A Secretaria de Saúde do Distrito Federal deverá encaminhar semestralmente relatório consolidado à SVS/MS em instrumento padronizado, por meio eletrônico ou impresso. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 10, Parágrafo Único)

Art. 526. O ente federativo será desabilitado das ações de VEH, total ou parcialmente, tendo em vista o número de seus estabelecimentos de saúde habilitados como estratégicos para a composição da REVEH, cadastrados no SCNES, quando: (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 12)

I - o tempo entre a notificação e a digitação dos registros de notificação compulsória imediata seja superior a 7 (sete) dias em mais de 50% (cinquenta por cento) dos casos ou óbitos identificados pelo componente da REVEH, por três meses consecutivos; ou (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 12, I)

II - deixar de promover a notificação negativa registrada no SINAN por mais de 4 (quatro) semanas epidemiológicas consecutivas, quando da ausência de notificação compulsória. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 12, II)

§ 1º A desabilitação será total quando todos os estabelecimentos de saúde do ente federativo, habilitados como estratégicos para a composição da REVEH e cadastrados no SCNES, enquadrarem-se no disposto no inciso I ou II do "caput". (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 12, § 1º)

§ 2º A desabilitação será parcial quando o enquadramento no disposto no inciso I ou II do "caput" não abranger todos os estabelecimentos de saúde do ente federativo habilitados como estratégicos para a composição da REVEH. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 12, § 2º)

§ 3º A desabilitação parcial será realizada de forma proporcional ao número total de estabelecimentos de saúde do ente federativo habilitados como estratégicos para a composição da REVEH, cadastrados no SCNES e aqueles, dentre estes, que se enquadrarem no disposto no inciso I ou II do "caput". (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 12, § 3º)

Art. 527. A avaliação das ações de VEH será efetuada semestralmente pela SVS/MS por meio do SINAN, a partir do ano seguinte ao da habilitação. (Origem: PRT MS/GM 183/2014, Art. 13)

#### Seção I

Do Programa Nacional de Incentivo à Parceria entre os Hospitais Filantrópicos Sem Fins Lucrativos

Art. 528. Fica instituído o Programa Nacional de Incentivo à Parceria entre os Hospitais Filantrópicos sem fins lucrativos e o Sistema Único de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 878/2002, Art. 1º)

Art. 529. Ficam estabelecidos os seguintes requisitos mínimos para habilitação de hospitais filantrópicos e sem fins lucrativos à adesão ao Programa Nacional de Incentivo à Parceria entre os Hospitais Filantrópicos sem fins lucrativos com o Sistema Único de Saúde: (Origem: PRT MS/GM 878/2002, Art. 2º)

I - possuir registro nos órgãos competentes federais, estaduais ou municipais incumbidos do cadastro de instituições de assistência social beneficente, educacional ou de saúde; (Origem: PRT MS/GM 878/2002, Art. 2º, a)

II - possuir Certificado de Filantropia emitido pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS); (Origem: PRT MS/GM 878/2002, Art. 2º, b)

III - ter sido submetido à avaliação do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH) e obtido, no mínimo, 60% de aproveitamento; (Origem: PRT MS/GM 878/2002, Art. 2º, c)

IV - informar, por meio da Comunicação de Internação Hospitalar e Ambulatorial (CIHA), na sua totalidade, as internações de pacientes não usuários do SUS; (Origem: PRT MS/GM 878/2002, Art. 2º, d)

V - apresentar percentual de devolução das cartas enviadas pelo Ministério da Saúde (por erro no preenchimento na identificação do paciente), de no máximo 10%, a partir da competência março 2002; (Origem: PRT MS/GM 878/2002, Art. 2º, e)

VI - não ter denúncias comprovadas de cobranças indevidas ou de mau atendimento a usuários do SUS. (Origem: PRT MS/GM 878/2002, Art. 2º, f)

Art. 530. Os hospitais habilitados ao INTEGRASUS que, a qualquer tempo, deixarem de cumprir com quaisquer dos requisitos listados no art. 529 sofrerão penalidades de advertência ou de desabilitação mediante avaliação da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 878/2002, Art. 3º)

#### CAPÍTULO III

##### DO ATENDIMENTO E INTERNAÇÃO DOMICILIAR

#### Seção I

##### Das Disposições Gerais

(Origem: PRT MS/GM 825/2016, CAPÍTULO I)

Art. 531. Este Capítulo define a Atenção Domiciliar (AD) no âmbito do SUS e atualiza as equipes habilitadas. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 1º)

Art. 532. Para efeitos deste Capítulo considera-se: (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 2º)

I - Atenção Domiciliar (AD): modalidade de atenção à saúde integrada às Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 2º, I)

II - Serviço de Atenção Domiciliar (SAD): serviço complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP); e (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 2º, II)



III - cuidador: pessoa(s), com ou sem vínculo familiar com o usuário, apta(s) para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana e que, dependendo da condição funcional e clínica do usuário, deverá(ão) estar presente(s) no atendimento domiciliar. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 2º, III)

Art. 533. O SAD tem como objetivos: (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 3º)

I - redução da demanda por atendimento hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 3º, I)

II - redução do período de permanência de usuários internados; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 3º, II)

III - humanização da atenção à saúde, com a ampliação da autonomia dos usuários; e (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 3º, III)

IV - a desinstitucionalização e a otimização dos recursos financeiros e estruturais da RAS. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 3º, IV)

Art. 534. A AD seguirá as seguintes diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 4º)

I - ser estruturada de acordo com os princípios de ampliação e equidade do acesso, acolhimento, humanização e integralidade da assistência, na perspectiva da RAS; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 4º, I)

II - estar incorporada ao sistema de regulação, articulando-se com os outros pontos de atenção à saúde; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 4º, II)

III - adotar linhas de cuidado por meio de práticas clínicas cuidadoras baseadas nas necessidades do usuário, reduzindo a fragmentação da assistência e valorizando o trabalho em equipes multiprofissionais e interdisciplinares; e (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 4º, III)

IV - estimular a participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos, do usuário, da família e do(s) cuidador(es). (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 4º, IV)

#### Seção II

Da Indicação e Organização da Atenção Domiciliar (Origem: PRT MS/GM 825/2016, CAPÍTULO II)

#### Subseção I

Da indicação e das modalidades de Atenção Domiciliar (Origem: PRT MS/GM 825/2016, CAPÍTULO II, Seção I)

Art. 535. A AD é indicada para pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva ou em grau de vulnerabilidade na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 5º)

Art. 536. A AD será organizada em três modalidades: (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 6º)

I - Atenção Domiciliar 1 (AD 1); (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 6º, I)

II - Atenção Domiciliar 2 (AD 2); e (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 6º, II)

III - Atenção Domiciliar 3 (AD 3). (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 6º, III)

§ 1º A determinação da modalidade está atrelada às necessidades de cuidado peculiares a cada caso, em relação à periodicidade indicada das visitas, à intensidade do cuidado multiprofissional e ao uso de equipamentos. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 6º, § 1º)

§ 2º A divisão em modalidades é importante para a compreensão do perfil de atendimento prevalente, e, consequentemente, para adequado planejamento e gestão dos recursos humanos, materiais necessários, e fluxos intra e intersetoriais. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 6º, § 2º)

Art. 537. Nas três modalidades de AD, as equipes responsáveis pela assistência têm como atribuição: (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 7º)

I - trabalhar em equipe multiprofissional integrada à RAS; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 7º, I)

II - identificar, orientar e capacitar o(s) cuidador(es) do usuário em atendimento, envolvendo-o(s) na realização de cuidados, respeitando seus limites e potencialidades, considerando-o(s) como sujeito(s) do processo; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 7º, II)

III - acolher demanda de dúvidas e queixas dos usuários, familiares ou cuidadores; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 7º, III)

IV - promover espaços de cuidado e de trocas de experiências para cuidadores e familiares; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 7º, IV)

V - utilizar linguagem acessível, considerando o contexto; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 7º, V)

VI - pactuar fluxos para atestado de óbito, devendo ser preferencialmente emitido por médico da EMAD ou da Equipe de Atenção Básica do respectivo território; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 7º, VI)

VII - articular, com os demais estabelecimentos da RAS, fluxos para admissão e alta dos usuários em AD, por meio de ações como busca ativa e reuniões periódicas; e (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 7º, VII)

VIII - participar dos processos de educação permanente e capacitações pertinentes. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 7º, VIII)

Art. 538. Considera-se elegível, na modalidade AD 1, o usuário que, tendo indicação de AD, requeira cuidados com menor frequência e com menor necessidade de intervenções multiprofissionais, uma vez que se pressupõe estabilidade e cuidados satisfatórios pelos cuidadores. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 8º)

§ 1º A prestação da assistência à saúde na modalidade AD 1 é de responsabilidade das equipes de atenção básica, por meio de acompanhamento regular em domicílio, de acordo com as especificidades de cada caso. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 8º, § 1º)

§ 2º As equipes de atenção básica que executarem as ações na modalidade AD 1 devem ser apoiadas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, ambulatorios de especialidades e centros de reabilitação. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 8º, § 2º)

Art. 539. Considera-se elegível na modalidade AD 2 o usuário que, tendo indicação de AD, e com o fim de abreviar ou evitar hospitalização, apresente: (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 9º)

I - afecções agudas ou crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados intensificados e sequenciais, como tratamentos parentais ou reabilitação; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 9º, I)

II - afecções crônico-degenerativas, considerando o grau de comprometimento causado pela doença, que demande atendimento no mínimo semanal; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 9º, II)

III - necessidade de cuidados paliativos com acompanhamento clínico no mínimo semanal, com o fim de controlar a dor e o sofrimento do usuário; ou (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 9º, III)

IV - prematuridade e baixo peso em bebês com necessidade de ganho ponderal. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 9º, IV)

Art. 540. Considera-se elegível, na modalidade AD 3, usuário com qualquer das situações listadas na modalidade AD 2, quando necessitar de cuidado multiprofissional mais frequente, uso de equipamento(s) ou agregação de procedimento(s) de maior complexidade (por exemplo, ventilação mecânica, paracentese de repetição, nutrição parenteral e transfusão sanguínea), usualmente demandando períodos maiores de acompanhamento domiciliar. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 10º)

Art. 541. O atendimento aos usuários elegíveis nas modalidades AD 2 e AD 3 é de responsabilidade do SAD. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 11º)

Parágrafo Único. Fica facultado à EMAD Tipo 2 prestar assistência apenas na modalidade AD 2, caso não possua condições técnicas e operacionais para a execução da modalidade AD 3. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 11º, Parágrafo Único)

Art. 542. Ao usuário em AD acometido de intercorrências agudas será garantido atendimento, transporte e retaguarda para as unidades assistenciais de funcionamento 24 (vinte e quatro) horas/dia, previamente definidas como referência para o usuário. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 12º)

Art. 543. A admissão de usuários dependentes funcionalmente, segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), será condicionada à presença de cuidador(es) identificado(s). (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 13º)

Art. 544. Será inelegível para a AD o usuário que apresentar pelo menos uma das seguintes situações: (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 14º)

I - necessidade de monitorização contínua; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 14º, I)

II - necessidade de assistência contínua de enfermagem; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 14º, II)

III - necessidade de propedêutica complementar, com demanda potencial para a realização de vários procedimentos diagnósticos, em sequência, com urgência; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 14º, III)

IV - necessidade de tratamento cirúrgico em caráter de urgência; ou (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 14º, IV)

V - necessidade de uso de ventilação mecânica invasiva, nos casos em que a equipe não estiver apta a realizar tal procedimento. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 14º, V)

Art. 545. O descumprimento dos acordos assistenciais entre a equipe multiprofissional e o usuário, familiar(es) ou cuidador(es) poderá acarretar a exclusão do usuário do SAD, ocasião na qual o atendimento do usuário se dará em outro serviço adequado ao seu caso, conforme regulação local. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 15º)

#### Subseção II

Do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)

(Origem: PRT MS/GM 825/2016, CAPÍTULO II, Seção II)

Art. 546. As equipes que compõem o SAD são: (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 16º)

I - Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD), que pode ser constituída como: (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 16º, I)

a) EMAD Tipo 1; ou (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 16º, I, a)

b) EMAD Tipo 2; e (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 16º, I, b)

II - Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP). (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 16º, II)

§ 1º A EMAD e a EMAP devem ser cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), conforme as normativas de cadastramento vigentes. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 16º, § 1º)

§ 2º A EMAD é pré-requisito para constituição de um SAD, não sendo possível a implantação de uma EMAP sem a existência prévia de uma EMAD. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 16º, § 2º)

Art. 547. A EMAD terá a seguinte composição mínima: (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 17º)

I - EMAD Tipo 1: (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 17º, I)

a) profissional(is) médico(s) com somatório de carga horária semanal (CHS) de, no mínimo, 40 (quarenta) horas de trabalho por equipe; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 17º, I, a)

b) profissional(is) enfermeiro(s) com somatório de CHS de, no mínimo, 40 (quarenta) horas de trabalho por equipe; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 17º, I, b)

c) profissional(is) fisioterapeuta(s) ou assistente(s) social(is) com somatório de CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho por equipe; e (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 17º, I, c)

d) profissionais auxiliares ou técnicos de enfermagem, com somatório de CHS de, no mínimo, 120 (cento e vinte) horas de trabalho por equipe; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 17º, I, d)

II - EMAD Tipo 2: (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 17º, II)

a) profissional médico com CHS de, no mínimo, 20 (vinte) horas de trabalho; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 17º, II, a)

b) profissional enfermeiro com CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 17º, II, b)

c) profissional fisioterapeuta ou assistente social com somatório de CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho; e (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 17º, II, c)

d) profissionais auxiliares ou técnicos de enfermagem, com somatório de CHS de, no mínimo, 120 (cento e vinte) horas de trabalho. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 17º, II, d)

Parágrafo Único. Nenhum profissional componente de EMAD poderá ter CHS inferior a 20 (vinte) horas de trabalho. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 17º, Parágrafo Único)

Art. 548. A EMAP terá composição mínima de 3 (três) profissionais de nível superior, escolhidos entre as ocupações listadas a seguir, cuja soma das CHS de seus componentes será de, no mínimo, 90 (noventa) horas de trabalho: (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 18º)

I - assistente social; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 18º, I)

II - fisioterapeuta; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 18º, II)

III - fonoaudiólogo; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 18º, III)

IV - nutricionista; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 18º, IV)

V - odontólogo; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 18º, V)

VI - psicólogo; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 18º, VI)

VII - farmacêutico; ou (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 18º, VII)

VIII - terapeuta ocupacional. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 18º, VIII)

Parágrafo Único. Nenhum profissional componente da EMAP poderá ter CHS inferior a 20 (vinte) horas de trabalho. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 18º, Parágrafo Único)

#### Subseção III

Do Funcionamento do SAD

(Origem: PRT MS/GM 825/2016, CAPÍTULO II, Seção

III)

Art. 549. O SAD será organizado a partir de uma base territorial, sendo referência em atenção domiciliar para uma população definida e se relacionará com os demais serviços de saúde que compõem a RAS, em especial com a atenção básica, atuando como matriciadores dessas equipes, quando necessário. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 19º)

§ 1º A EMAD realizará atendimento, no mínimo, 1 (uma) vez por semana a cada usuário. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 19º, § 1º)

§ 2º A EMAP será acionada somente a partir da indicação clínica da EMAD, para dar suporte e complementar suas ações. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 19º, § 2º)

§ 3º Durante o período em que o usuário estiver sob os cuidados do SAD, a equipe de atenção básica de sua referência deverá compartilhar o cuidado, participando na elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) daquele usuário. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 19º, § 3º)

§ 4º O SAD deverá articular-se com os outros serviços da RAS, principalmente hospitalares, serviços de urgência e Atenção Básica, buscando evitar demanda direta dos usuários. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 19º, § 4º)

Art. 550. A admissão do usuário ao SAD exigirá a sua prévia concordância e de seu familiar ou, na inexistência de familiar, de seu cuidador, com assinatura de termo de esclarecimento e responsabilidade. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 20º)

Art. 551. Em municípios com porte populacional que permita a implantação de mais de 1 (uma) EMAD, fica facultada a organização do SAD a partir de arranjos diferenciados compostos por EMAD responsável pelo cuidado de pacientes com características específicas, tais como equipes voltadas para o atendimento infantil e neonatal. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 21º)

Art. 552. Estima-se, em média, o atendimento de 60 (sessenta) usuários para cada EMAD Tipo 1 e 30 (trinta) usuários para cada EMAD Tipo 2, mensalmente. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 22º)

Art. 553. O SAD ofertará, no mínimo, 12 (doze) horas/dia de funcionamento, de modo que o trabalho da EMAD seja no formato de cuidado horizontal (diarista) em dias úteis e nos finais de semana e feriados, de forma a assegurar a continuidade da atenção em saúde, podendo utilizar, nestas ocasiões, o regime de plantão. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 23º)

Parágrafo Único. A EMAP deverá apoiar a EMAD nos dias úteis e, quando necessário, ter escala especial para finais de semana e feriados. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 23º, Parágrafo Único)



Art. 554. As equipes contarão com infraestrutura especificamente destinada para o seu funcionamento que contemple: (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 24)

I - equipamentos; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 24, I)

II - material permanente e de consumo; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 24, II)

III - aparelho telefônico; e (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 24, III)

IV - veículo(s) para locomoção das equipes. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 24, IV)

§ 1º Os equipamentos e os materiais citados no "caput", bem como os prontuários dos usuários atendidos pelo SAD serão instalados na estrutura física de unidade de saúde municipal, estadual ou do Distrito Federal, a critério do gestor de saúde local. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 24, § 1º)

§ 2º Não é obrigatório que o SAD possua sede própria, podendo estar sediado em estabelecimento de saúde, conforme regras definidas em normativa específica. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 24, § 2º)

Seção III  
Dos Requisitos e Fluxos para Habilitação do SAD  
(Origem: PRT MS/GM 825/2016, CAPÍTULO III)

Subseção I  
Dos Requisitos para Habilitação

(Origem: PRT MS/GM 825/2016, CAPÍTULO III, Seção I)

Art. 555. São requisitos para habilitação do SAD: (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 25)

I - população municipal igual ou superior a 20.000 (vinte mil) habitantes, com base na população mais recente estimada pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 25, I)

II - hospital de referência no município ou região a qual integra; e (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 25, II)

III - cobertura de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) habilitado e em funcionamento. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 25, III)

§ 1º A população mínima referida no inciso I do "caput" pode ser atingida por um município, isoladamente, ou por meio de agrupamento de Municípios cuja população seja inferior a 20.000 (vinte mil) habitantes, devendo ocorrer, nesse caso, prévia pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e, se houver, na Comissão Intergestores Regional (CIR); (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 25, § 1º)

§ 2º Em municípios com população igual ou superior a 40.000 (quarenta mil) habitantes será aceito serviço de atendimento móvel de urgência equivalente ao SAMU. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 25, § 2º)

§ 3º Os municípios com proposta de SAD por meio de agrupamento deverão celebrar convênio, pactuar Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (COAP) ou estabelecer outro formato jurídico interfederativo responsável por registrar as atribuições e responsabilidades entre os entes federativos. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 25, § 3º)

§ 4º Os municípios referidos no § 3º deverão aprovar os acordos celebrados entre si na respectiva CIB ou na CIR, se houver, e enviá-los ao Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAHU/SAS/MS), juntamente com o projeto referido na Subseção II da Seção II do Capítulo III do Título IV. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 25, § 4º)

§ 5º No caso de o proponente do SAD ser a Secretaria Estadual de Saúde, o projeto deverá ser pactuado com o gestor municipal de saúde do(s) município(s) em que o SAD atuará, aprovado na CIB, não sendo permitida a duplicidade de proponentes para um mesmo município. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 25, § 5º)

§ 6º No caso do § 5º, o documento com o registro da pactuação deverá ser enviado ao DAHU/SAS/MS juntamente com o projeto referido na Subseção II da Seção III do Capítulo III do Título IV. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 25, § 6º)

Art. 556. Os municípios com população igual ou superior a 40.000 (quarenta mil) habitantes poderão solicitar habilitação de EMAD Tipo 1. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 26)

Art. 557. Municípios com população inferior a 40.000 (quarenta mil) habitantes poderão solicitar habilitação de EMAD Tipo 2, individualmente, se tiverem população entre 20.000 (vinte mil) e 39.999 (trinta e nove mil e novecentos e noventa e nove) habitantes ou por meio de agrupamento, no caso daqueles com menos de 20.000 (vinte mil) habitantes. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 27)

Art. 558. Municípios com população igual ou maior que 150.000 (cento e cinquenta mil) habitantes, poderão solicitar a segunda EMAD e, sucessivamente, 1 (uma) nova EMAD a cada 100.000 (cem mil) novos habitantes. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 28)

Art. 559. Todos os municípios com uma EMAD, tipo 1 ou tipo 2, poderão solicitar 1 (uma) EMAP, sendo possível a implantação de mais 1 (uma) EMAP a cada 3 (três) EMAD a mais implantadas. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 29)

Subseção II

Do Conteúdo e Fluxo do Projeto para Criação ou Ampliação do SAD

(Origem: PRT MS/GM 825/2016, CAPÍTULO III, Seção II)

Art. 560. O gestor de saúde do Município, Estado ou Distrito Federal deverá elaborar projeto para criação ou ampliação do SAD, contemplando os seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 30)

I - quadro resumo que contenha os seguintes dados: Município, Unidade Federativa, população, nome e contatos (telefone e e-mail) do Coordenador ou Referência Técnica da Atenção Domi-

ciliar, proponente (Município, Estado ou Distrito Federal), número de equipes por tipo, confirmação de SAMU ou serviço equivalente e confirmação de hospital de referência no Município ou região; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 30, I)

II - objetivos do projeto; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 30, II)

III - caracterização do(s) ente(s) federativo(s) proponentes, a partir de dados sócio-demográficos, da descrição dos serviços de saúde existentes e perfil epidemiológico, com problematização e justificativas para a implantação da política; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 30, III)

IV - especificação do número de equipes (EMAD e EMAP) previstas, observados os critérios e os prazos descritos neste Capítulo, incluindo os territórios de abrangência; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 30, IV)

V - quadro de profissionais, mencionando as CHS; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 30, V)

VI - descrição da inserção do SAD na RAS, incluindo serviços de referência, de forma a assegurar fluxos para: (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 30, VI)

a) admissão, alta e intercorrências com a rede básica, de urgências e hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 30, VI, a)

b) encaminhamentos para especialidades e para métodos complementares de diagnóstico tanto para situações eletivas quanto de urgência; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 30, VI, b)

c) confirmação e expedição de atestado de óbito domiciliar; e (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 30, VI, c)

d) transporte e remoção do usuário, dentro das especificidades locais, tanto em situações eletivas indicadas pelo SAD, quanto de urgência; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 30, VI, d)

VII - descrição da infraestrutura para o SAD, incluindo-se área física, mobiliário, telefone, equipamentos, veículo(s) para locomoção da(s) EMAD e EMAP; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 30, VII)

VIII - descrição do funcionamento do SAD, com garantia de cobertura de 12 (doze) horas diárias, inclusive nos finais de semana e feriados; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 30, VIII)

IX - proposta de educação permanente e capacitação para profissionais do SAD e cuidadores, indicando periodicidade e temáticas; e (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 30, IX)

X - descrição de estratégias de monitoramento e avaliação do SAD, tomando como referência os indicadores propostos no Manual de Monitoramento e Avaliação: Programa Melhor em Casa, disponível no endereço eletrônico do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 30, X)

§ 1º Para Municípios com menos de 20.000 habitantes agrupados para proposta de SAD, o projeto deve observar requisitos adicionais descritos no Manual Instrutivo do SAD, bem como o documento previsto no art. 555, § 2º. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 30, § 1º)

§ 2º O gestor de saúde local enviará o projeto para criação ou ampliação do SAD ao DAHU/SAS/MS, por meio do Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde. (SAIPS). (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 30, § 2º)

Art. 561. O DAHU/SAS/MS fará a análise do projeto de criação ou ampliação do SAD, considerando-se as diretrizes e critérios previstos neste Capítulo e a disponibilidade orçamentária, bem como providenciará o devido encaminhamento interno com vistas à publicação de ato normativo de habilitação dos entes federativos beneficiários. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 31)

§ 1º Publicada a portaria de habilitação, o gestor local deverá implantar a(s) equipe(s) solicitada(s), promovendo o cadastramento destas no SCNES em até 3 (três) meses, a contar da data de publicação da sua portaria de habilitação, sob pena de perder sua respectiva habilitação. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 31, § 1º)

§ 2º Equipes descastradas do SCNES por 6 (seis) competências seguidas ou com suspensão de repasse de recursos de custeio por mais de 6 (seis) competências seguidas em função das irregularidades previstas no art. 307 da Portaria de Consolidação nº 6, terão suas habilitações automaticamente revogadas. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 31, § 2º)

Art. 562. O cadastramento das EMAD e EMAP, no SCNES, deverá ser feito em unidades cujas mantenedoras sejam as secretarias de saúde estaduais, do Distrito Federal ou municipais ou, ainda, unidades que façam parte da rede conveniada ao SUS, conforme as regras de cadastramento publicadas em ato específico. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 32)

Art. 563. Os estabelecimentos de saúde credenciados no código 13.01 (Internação Domiciliar) até a data de publicação da Portaria nº 825/GM/MS, de 25 de abril de 2016 permanecerão habilitados e continuarão recebendo os recursos financeiros devidos por meio de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), informadas no SIH-SUS. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 33)

§ 1º Após a publicação da Portaria nº 825/GM/MS, de 25 de abril de 2016, não poderão ser habilitados novos estabelecimentos de saúde no código 13.01. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 33, § 1º)

§ 2º Não será permitido o registro concomitante de usuário em serviço com habilitação 13.01 e em SAD, sendo considerado faturamento duplicado. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 33, § 2º)

Seção IV  
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

(Origem: PRT MS/GM 825/2016, CAPÍTULO V)

Art. 564. Fica atualizado o quantitativo de habilitações de equipes de EMAD e EMAP, com base nas equipes cadastradas no SCNES na competência definitiva de dezembro de 2015, considerando-se as proporções e os prazos previstos nos arts. 559 e 561. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 42)

§ 1º As equipes cadastradas no SCNES até a publicação da Portaria nº 825/GM/MS, de 25 de abril de 2016, previamente habilitadas, serão consideradas vigentes e automaticamente incluídas na relação constante do Anexo XXVIII da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 42, § 1º)

§ 2º Desde a competência financeira de janeiro/2016, fica autorizada a transferência do custeio mensal de 1/12 (um doze avos) do valor anual aos entes beneficiários, conforme detalhado no Anexo XXVIII da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 42, § 2º)

§ 3º Novas habilitações ocorrerão por meio de portarias com esta finalidade, observando-se o disposto neste Capítulo e as disponibilidades orçamentárias e financeiras de cada exercício. (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 42, § 3º)

CAPÍTULO IV

DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Seção I

Do Grupo Executivo para o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos

Art. 565. Fica instituído, no âmbito do Ministério da Saúde, Grupo Executivo para o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. (Origem: PRT MS/GM 1274/2008, Art. 1º)

Art. 566. O Grupo Executivo terá a seguinte composição: (Origem: PRT MS/GM 1274/2008, Art. 2º)

I - dois representantes da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos: (Origem: PRT MS/GM 1274/2008, Art. 2º, I)

a) Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE/MS); (Origem: PRT MS/GM 1274/2008, Art. 2º, I, a)

b) Departamento de Economia em Saúde (DES/SCTIE/MS); (Origem: PRT MS/GM 1274/2008, Art. 2º, I, b)

II - um representante da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 1274/2008, Art. 2º, II)

III - um representante da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), do Núcleo de Gestão em Biodiversidade e Saúde/Centro de Produtos Naturais/Instituto de Tecnologia em Fármacos (Farmanguinhos); e (Origem: PRT MS/GM 1274/2008, Art. 2º, III)

IV - um representante do Grupo Hospitalar Conceição (GHC/MS), do Núcleo de Estudos e Pesquisas de Plantas Medicinais e Fitoterapia. (Origem: PRT MS/GM 1274/2008, Art. 2º, IV)

Art. 567. O Grupo Executivo deverá apoiar o Ministério da Saúde na coordenação do Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF). (Origem: PRT MS/GM 1274/2008, Art. 3º)

Art. 568. O Grupo Executivo será assessorado por uma Secretaria-Executiva, que ficará encarregada de organizar, acompanhar e encaminhar as deliberações do Grupo Executivo. (Origem: PRT MS/GM 1274/2008, Art. 4º)

Art. 569. O Grupo Executivo poderá convidar outros representantes do Ministério da Saúde, e de entidades vinculadas ao setor público e privado que atuem profissionalmente em atividades relacionadas ao tema desta Seção, sempre que entenda necessária a sua colaboração para o pleno alcance dos seus objetivos. (Origem: PRT MS/GM 1274/2008, Art. 5º)

Seção II

Da Farmácia Viva

Art. 570. Fica instituída, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), sob gestão estadual, municipal ou do Distrito Federal, a Farmácia Viva. (Origem: PRT MS/GM 886/2010, Art. 1º)

§ 1º A Farmácia viva, no contexto da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, deverá realizar todas as etapas, desde o cultivo, a coleta, o processamento, o armazenamento de plantas medicinais, a manipulação e a dispensação de preparações magistrais e oficinais de plantas medicinais e fitoterápicos. (Origem: PRT MS/GM 886/2010, Art. 1º, § 1º)

§ 2º Fica vedada a comercialização de plantas medicinais e fitoterápicos elaborados a partir das etapas mencionadas no parágrafo primeiro. (Origem: PRT MS/GM 886/2010, Art. 1º, § 2º)

Art. 571. A Farmácia Viva fica sujeita ao disposto em regulamentação sanitária e ambiental específicas, a serem emanadas pelos órgãos regulamentadores afins. (Origem: PRT MS/GM 886/2010, Art. 2º)

Seção III

Do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB)

Art. 572. O Anexo LXXVII dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB).

Art. 573. O Anexo LXXVIII dispõe sobre as Normas Operacionais do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB).

Seção IV

Do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (QUALIFAR-SUS)

Art. 574. Esta Seção institui o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (QUALIFAR-SUS). (Origem: PRT MS/GM 1214/2012, Art. 1º)

Art. 575. O QUALIFAR-SUS tem por finalidade contribuir para o processo de aprimoramento, implementação e integração sistêmica das atividades da Assistência Farmacêutica nas ações e serviços de saúde, visando a uma atenção contínua, integral, segura responsável e humanizada. (Origem: PRT MS/GM 1214/2012, Art. 2º)

Art. 576. São diretrizes do QUALIFAR-SUS: (Origem: PRT MS/GM 1214/2012, Art. 3º)

I - promover condições favoráveis para a estruturação dos serviços farmacêuticos no Sistema Único de Saúde (SUS) como estratégia de qualificação do acesso aos medicamentos e da gestão do cuidado; (Origem: PRT MS/GM 1214/2012, Art. 3º, I)

II - contribuir para garantia e ampliação do acesso da população a medicamentos eficazes, seguros, de qualidade e o seu uso racional, visando à integralidade do cuidado, resolutividade e o monitoramento dos resultados terapêuticos desejados; (Origem: PRT MS/GM 1214/2012, Art. 3º, II)